Les Perforations

de la Voûte palatine

sous succion

de dentiers à valve en caoutchouc

Dr A. DELIGNÉ

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les Perforations de la Voûte palatine sous succion de dentiers à valve en caoutchouc

PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1921

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE

A M. le Professeur E. JANSELME

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a accueilli avec la plus grande bienveillance et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence. Hommage de respectueuse gratitude.

A M. le Docteur GÉRARD MAUREL

Ancien Interne, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail, nous en a procuré les éléments, a bien voulu nous guider avec une obligeance extrême en nous fournissant les résultats de ses recherches personnelles et que nous prions de trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

Les Perforations
de la Voûte palatine
sous succion
de dentiers à valve en caoutchouc

Une perforation de la voûte palatine constitue dans tous les cas une lésion anatomique sérieuse, fort gênante au point de vue fonctionnel, à tel point qu'on peut sans exagérer considérer cette perforation comme une véritable infirmité. Dès longtemps l'attention des médecins et des chirurgiens a donc été attirée sur les divisions congénitales de la voûte palatine et du voile d'une part, d'autre part sur les perforations acquises de ces mêmes régions. Parmi celles-ci les plus connues et de longue date sont en rapport avec la syphilis tertiaire acquise ou héréditaire. D'acquisition plus récente est la connaissance du mal perforant buccal que l'on observe au cours du tabès et de la paralysie générale ; de même les perforations d'origine tuberculeuse ne sont décrites qu'assez récemment. Enfin la guerre a permis aux stomatologistes et aux chirurgiens spécialisés de connaître et de traiter un grand nombre de perforations palatines traumatiques.

Or, à côté de ces perforations, et comme nous le verrons, entre les perforations traumatiques et les perforations syphilitiques, il existe une catégorie de perforations palatines dont la connaissance est plus récente encore, et qu'il importe de mettre en lumière : ce sont les perforations en rapport évident avec le port par certains édentés de dentier du maxillaire supérieur muni sur sa face palatine d'une valve circulaire de caoutchouc destinée à faire adhérer le dentier par le mécanisme de *la succion*. Cette méthode prothétique, sur laquelle nous aurons à revenir, est

ancienne et il peut paraître surprenant que l'existence des perforations dont elle est pour une grosse part responsable, n'ait été mise en lumière que récemment. En réalité cela ne saurait surprendre pour qui connaît l'évolution de l'art et de la prothèse dentaire au cours du XIXe siècle. En dehors de quelques médecins éminents (Malassez, Magitot, Claude Martin, Galippe, Cruet) l'odontologie totalement aux mains des empiriques, reléguée en dehors de la science médicale, ne pouvait trouver en elle-même les ressources nécessaires à une observation clinique détaillée, et à une appréciation rationnelle de ces faits cliniques, qui passaient le plus souvent inaperçus. Actuellement que, grâce aux stomatologistes surtout, la pathologie bucco-dentaire dans ses rapports avec la prothèse en particulier, a été même et de plus près étudiée ; des observations et des cas de perforations palatines en rapport avec des succions de dentier ont été rapportés dans la littérature médicale et stomatologique ; certains encore inédits, ont bien voulu nous être confiés par les auteurs, de telle sorte que notre travail peut s'appuyer sur 14 cas du genre qui nous occupe. Parmi ces 14 cas, certains se réduisent à une simple mention, accompagnée de quelques renseignements en général peu détaillés. Six observations sont au contraire beaucoup plus complètes et ce sont elles surtout qui serviront de base à notre description et à notre interprétation des faits : 2 appartiennent au *Dr Gérard Maurel*, ancien interne et stomatologiste des Hôpitaux (obs. I et II), 1 *au Dr Coustaing*, stomatologiste des Hôpitaux (obs. III), 1 *au Dr Rouget*, ancien chef de clinique oto-rhino laryngologique à la Faculté de Médecine de Paris (obs. IV), 2 au *professeur Pierre Marie*, professeur de la Faculté de Médecine de Paris (obs. V et VI), le malade de l'observation V ayant été vu également par le *Dr Chompret*, stomatologiste des Hôpitaux de Paris. Personnellement nous avons pu voir et examiner les malades qui sont l'objet des observations I, II et III.

ETIOLOGIE

Puisque les perforations palatines spéciales qui nous occupent ne surviennent que chez des sujets porteurs depuis un certain temps de dentiers à succion constituée par une valve de caoutchouc, il nous paraît indispensable pour éclairer notre sujet à l'égard de médecins non spécialisés de dire en quoi consiste cette succion et quel est le but qu'elle recherche.

Elle ne s'emploie guère que chez des édentés complets du maxillaire supérieur, chez lesquels les autres moyens *de rétention* de l'appareil de prothèse font défaut ou sont insuffisants. Cependant dans certains cas où il persiste des dents (obs. III) certains prothésistes y ont encore recours. On sait que ce sont surtout les palais plats, à crêtes alvéolaires très résorbées qui donnent le plus de mécomptes au point de vue de l'adhérence des dentiers; c'est ici surtout que le prothésiste a tendance à utiliser le moyen de rétention que constitue la succion. Négligeant pour le moment les appareils faisant succion dans leur totalité par suite d'une adhérence intime à la muqueuse réalisée par une méthode spéciale de prise d'empreinte, nous rappellerons que les procédés anciens de *succion* sont nombreux. Tous s'appuient sur ce principe qu'à la face palatine de l'appareil, on détermine une cavité dans laquelle le vide atmosphérique plus ou moins parfait venant à s'établir, la muqueuse est en quelque sorte *sucée*, aspirée dans cette *chambre de vide*, et cette succion réalise ou tend à réaliser un moyen de rétention plus ou moins énergique pour le dentier. Nous nous garderons de décrire tous les dispositifs qui permettent de réaliser le mécanisme de la succion et nous dirons seulement ce qu'il est indispensable de savoir au lecteur non spécialisé pour comprendre les lésions produites par la variété de succion que nous avons actuellement en vue.

Cette variété, dite *succion Godard*, est de beaucoup la plus employée: c'est elle qui était toujours en cause dans les 14 cas qui sont la base de notre description. A la face palatine du dentier, dans la partie médiane qui va se trouver en rapport avec la partie la plus profonde de la voûte, le dentier se trouve creusé d'une chambre circulaire ayant 1 mm. 5 environ de profondeur. Au centre de celle-ci est fixée une plaquette métallique de plus petites dimensions que la chambre et maintenue par une vis centrale. Sous la plaquette, entre elle et la cavité creusée dans l'appareil sont emprisonnés les bords de la valve de caoutchouc destinée à faire succion. Cette valve circulaire, d'un diamètre moyen de 20 millimètres environ a ses bords extérieurs saillants vers la voûte palatine et se trouve déprimée en son centre par sa fixation au dentier. C'est dans l'intérieur de cette valve que se constitue la chambre de vide et par conséquent *la succion*, lorsque le dentier est mis en bouche. Normalement, dans cette position, la rondelle de caoutchouc doit pouvoir être reçue et contenue par la cavité circulaire ménagée à cet effet sur la face palatine du dentier.

Telle est la disposition générale de ce mode de succion dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du sujet. Or, dans la plupart des cas, c'est-à-dire, dans ceux où il n'existe nullement de perforations, le port de ces valves de succion entraîne du côté de la muqueuse des *réactions inflammatoires* que nous décrirons ultérieurement au point de vue clinique, mais qu'il y a lieu de noter ici au point de vue étiologique, l'existence de ces lésions *précédant* en général la perforation et pouvant avoir une importance pathogénique.

En dehors de ce facteur indispensable et *sine qua non*, la succion Godard, d'autres *facteurs étiologiques* sont à envisager: nous les discuterons en détail, dans leur importance et leur valeur, quand nous aborderons l'étude délicate du problème pathogénique, qu'il nous suffise pour l'instant de les nommer.

L'âge du sujet ne paraît pas avoir une importance capitale. Dans la plupart des cas il s'agit de sujets âgés ou tout au moins ayant dépassé l'âge moyen de la vie, mais la chose paraît surtout en rapport avec ce fait que les valves de succion étant employées chez des édentés complets ou presque complets du maxillaire supérieur, cette édentation se produit surtout chez des sujets relativement âgés, à moins de circonstances pathologiques très parti-

culières. Mais, lorsque l'état d'édentation s'est trouvé réalisé dans l'âge adulte (obs. II, 31 ans), l'application de la valve a pu dès lors réaliser la perforation.

Le sexe ne paraît pas avoir une importance considérable cependant sur 10 cas où le sexe a été noté, on trouve 7 hommes et 3 femmes.

La durée d'application de l'appareil a une valeur à notre avis tout autre. Bien que dans un cas de P. Marie, une élimination osseuse (obs. V) ait pu se produire quinze jours après la mise en bouche de l'appareil, et que la perforation soit apparue dans un autre cas (obs. VI) du même auteur, quatre à six mois après l'application du dentier, il y a lieu de noter que dans ces deux cas, il s'agissait d'un terrain très spécial : sujets *tabétiques* avérés. Dans les autres cas, au contraire, où la date de mise en bouche du dentier est notée, nous observons dix-sept ans dans un cas, douze ans dans deux cas, cinq ans dans un autre. C'est là un fait intéressant à relever, *le terrain* sur lequel se fait la perforation présente aussi une importance primordiale, et à ce point de vue, il y a lieu de noter la fréquence *de la syphilis* ou des affections considérées actuellement par tous les auteurs comme d'origine syphilitique, *le tabès* ou *la paralysie générale*. Sur 10 cas, où les antécédents des malades ont été notés à ce point de vue, nous décrirons :

3 cas de syphilis avérée :

2 cas de syphilis ignorée, mais Wassermann positif ;

3 cas de tabès ;

1 cas où la syphilis n'est pas connue, où le Wassermann est négatif, mais avec leucoplasie commissurale nette.

1 cas de tuberculose locale (lupus).

Nous n'avons donc pas de *paralysie générale*, signalée dans les observations, mais la nature de cette affection et l'existence de maux perforants buccaux chez les tabétiques nous autorise à penser qu'il y a lieu de présumer la possibilité de cette association, dans la variété de perforations palatines qui nous occupe. Les mêmes réflexions peuvent être envisagées, mais à un degré moindre en ce qui concerne *le diabète*. Enfin nous devons signaler un cas de *lupus tuberculeux* (Dr Maurel).

Quant à la période de la syphilis à laquelle se trouve le sujet, au moment où se produit la perforation, la nature de la complication, l'âge relativement avancé des malades, l'analogie avec les perfora-

tions syphilitiques, nous autorise à conclure que dans le cas où elle se présente, il s'agit évidemment de syphilis ou tout au moins *de syphilitiques tertiaires*.

Tels sont les facteurs étiologiques, qui se dégagent de la lecture attentive des observations ; nous envisagerons plus loin leur valeur pathogénique, et nous aborderons immédiatement l'étude clinique de la lésion que nous avons en vue.

DESCRIPTION CLINIQUE

I. — *Le début* de la perforation, c'est-à-dire la manière dont elle se produit mérite de retenir particulièrement notre attention. Or dans la plupart des cas, il est si brusque, si inopiné, précédé de si peu de prodromes que les malades ont la révélation de l'existence de cette perforation uniquement par les symptômes fonctionnels qu'elle entraîne et en particulier par le rejet des liquides par le nez au cours de la déglutition. Il en est ainsi dans les observations I, II, III et IV.

Chez ces malades, dans les jours qui ont précédé l'accident, aucune gêne, aucun phénomène douloureux n'a éveillé l'attention du sujet. De plus, il n'a constaté aucune modification locale, aucune tuméfaction périphérique à la voûte palatine, aucune suppuration, et les médecins qui ont eu à examiner ces patients dans les jours qui ont suivi la perforation n'ont constaté à ce moment, aucun phénomène périphérique pouvant faire penser à l'évolution d'une gomme ou d'un accident infectieux ostéo-muqueux. De même, dans toutes les observations détaillées, sauf dans l'observation V, dans les jours qui ont précédé la production de l'ouverture palatine, il n'y a eu ni par le nez, ni par la bouche élimination de séquestre, d'esquille, ou de portion osseuse.

Dans deux cas seulement (obs. VII et VIII), d'ailleurs très sommairement rapportés, la perforation s'est produite au cours de gommes syphilitiques et le traitement a considérablement amélioré les lésions.

Dans un seul cas enfin, dans les jours qui ont suivi immédiatement l'application du dentier (obs. V), il y a eu ulcération de la muqueuse, puis élimination d'une lamelle osseuse par la bouche, mais dans ce cas il n'y a pas eu ultérieurement *en ce point* forma-

tion d'une perforation, puisque les lésions ont guéri, il s'agissait d'un tabétique.

Enfin dans un autre cas (obs. XIV) de lupus tuberculeux le début de la perforation s'est fait au contraire progressivement, mais sans élimination de séquestre.

En somme, dans les cas habituels, le début de la perforation est *brusque*, s'établissant *longtemps* après la mise en bouche du dentier à succion et l'écoulement de liquide par le nez est le premier symptôme qui attire l'attention du malade.

Cependant, même chez ces malades, si on les interroge avec soin, on peut retrouver facilement qu'à un moment quelconque, soit immédiatement après la pose du dentier, soit plus tard, ils ont eu des douleurs, parfois même de petites hémorragies (obs. II) certainement en rapport avec des phénomènes inflammatoires, avec une ulcération traumatique de la muqueuse au niveau de la valve de succion. Mais la plupart du temps, tout est, en apparence au moins, rentré dans l'ordre depuis longtemps lorsqu'apparaît brusquement la perforation.

II. — *Une fois constituée*, la perforation palatine, dans les cas qui nous occupent, se présente presque toujours de la même façon. En dehors du cas de Chompret et Pierre Marie (obs. VI), évoluant d'ailleurs sur un terrain spécial, tabétique, où la brèche, taillée comme à l'emporte-pièce avait exactement la forme circulaire de la rondelle de succion, dans tous les autres cas où les lésions sont détaillées, les caractères sont ceux qui ont été décrits en détail par le Dr Maurel. La forme de la brèche est celle d'un *croissant*, ou d'une virgule allongée d'un côté ou de l'autre du raphé médian, à grosse extrémité antérieure ou postérieure suivant les cas. En général la brèche est à grand axe antéro-postérieur, en rapport avec un des bords latéraux de la valve, ses extrémités se rapprochent de la ligne médiane. Parfois la demi-circonférence est atteinte, rarement enfin elle coupe la ligne médiane empiétant sur les deux moitiés de la voûte palatine. La disposition latérale nous paraît facilement expliquée par la structure osseuse : au niveau de la ligne sagittale, le raphé médian, le sinus palatin dense et épais oppose une résistance beaucoup plus considérable que les parties latérales qui, plus minces, cèdent plus facilement.

Les dimensions de la perte de substance sont en rapport avec celles de la rondelle qui l'a produite ; dans le sens antéro-postérieur

de 18 à 25 millimètres, transversalement de 1 à 4 millimètres. *Le siège* de la brèche osseuse est forcément toujours le même puisque c'est presque toujours au même point du dentier et par conséquent du palais que se fait l'application de la succion, c'est-à-dire à 15 millimètres environ du rebord alvéolaire, en ce qui concerne la partie antérieure de la valve, 25 pour sa partie postérieure, c'est-à dire au sommet de la voûte palatine.

La perforation est *unique* en général. Cependant dans un cas (obs. I) il existait une deuxième perte de substance osseuse symétrique à la brèche palatine par rapport à la ligne médiane, mais n'intéressant que la muqueuse. Dans un autre cas (obs. V) où la perforation ne s'est pas faite complètement il est vrai, un mal perforant latéral ayant ouvert le sinus s'est fait au niveau d'un autre point d'appui du dentier, chez un tabétique. Chez un autre tabétique (obs. VI) la perforation médiane due à la valve coïncidait avec un pertuis palatin excentrique, un mal perforant latéral, et une perforation du maxillaire inférieur. Mais ce sont là faits exceptionnels : la perforation est ici presque toujours *unique*.

Au pourtour de la brèche osseuse, la muqueuse a généralement conservé ses caractères normaux comme coloration tout au moins ; elle vient se terminer juste au niveau de l'os. Le plus souvent, la chambre de vide a attiré la muqueuse, déterminé une surélévation notable à ce niveau, comme sous l'effet d'une ventouse, et les bords de ce champignon arrondi et plat sont au contraire très déprimés, les bords de la valve se creusant là un sillon plus ou moins profond. C'est sur une demi ou un tiers de circonférence de ce sillon qu'existe la perforation. Aux points de ce sillon où elle ne s'est pas produite, la muqueuse est souvent, mais pas toujours rouge et excoriée.

Il n'existe aucun phénomène douloureux et c'est là un symptôme négatif très important, aussi bien à la période d'état qu'à la période de début. Chompret et Izard, examinant des malades tabétiques ou paralytiques généraux atteints de maux perforants buccaux, ont même, dans certains cas, observé de *l'anesthésie de la voûte palatine* : ce n'était pas le cas des malades des observations détaillées que nous rapportons.

Les autres symptômes fonctionnels sont les symptômes habituels des perforations palatines : *voix nasonnée* et *rejet des liquides par le nez* au cours de la déglutition. Ces deux symp-

tômes sont plus ou moins marqués, suivant les dimensions plus ou moins considérables de la perforation. Ils ne se manifestent naturellement que lorsque le malade enlève son dentier. Le rejet des liquides par le nez est évité plus ou moins par des artifices par les malades ; il est plus marqué si le sujet penche la tête en avant. Les sécrétions nasales peuvent en partie faire issue par la brèche et dans un cas, à la pression, on observait un peu de pus venant du nez.

L'examen rhinoscopique permet de constater, grâce à une douche ou un explorateur métallique, la communication avec les fosses nasales. Cette communication se fait habituellement avec un côté seulement, fosse nasale droite ou gauche, et les liquides reviennent par la narine correspondante. Dans des cas plus rares, la communication s'établit avec les deux fosses nasales, la brèche osseuse est directement visible sur la partie moyenne du plancher des fosses nasales. Le reste de la muqueuse nasale (sauf dans un cas de lupus) ne présentait pas de lésion appréciable dans les cas du Dr Maurel, *seuls cas où l'examen rhinoscopique ait été pratiqué.*

L'évolution de ces lésions est variable suivant des causes nombreuses : suivant le terrain sur lequel elles se trouvent (tabétiques syphilitiques), suivant que la succion est ou non conservée, suivant le traitement médical ou chirurgical mis en œuvre. Dans certains cas, où la valve a été conservée après la production de la perforation, celle-ci s'est agrandie; en général, cette valve est supprimée dès la perforation reconnue Dans 2 cas s'accompagnant de gomme syphilitique, le traitement spécifique a amélioré les malades, *sans les guérir*. Dans tous les autres cas, le traitement est resté sans résultat. En ce qui concerne l'évolution envisagée par rapport au traitement chirurgical, dans un cas de M. Maurel, celui-ci a pu obtenir une guérison complète. Dans d'autres cas, les tentatives chirurgicales ont échoué ou même ont abouti à augmenter les dimensions de la perforation (obs. III).

En général, et pour conclure, nous dirons que, en dehors du traitement chirurgical, et malgré le traitement spécifique, *la perforation une fois constituée ne se comble pas* ; elle persiste indéfiniment, et la succion une fois enlevée, *ne varie pas* dans ses dimensions : donc pas de guérison, ni spontanée, ni médicalement obtenue.

Le pronostic est naturellement en rapport avec les différents fac-

teurs étiologiques d'une part, avec les dimensions de la perforation et l'âge du sujet, d'autre part. Chez un sujet relativement jeune, syphilitique ou non, on a de grandes chances, après suppression de la succion, d'obtenir *chirurgicalement* une guérison et de voir l'infirmité disparaître. Chez un malade âgé qui ne peut ou ne veut se résoudre à une intervention, et surtout dans les cas de tabès ou de P. G., le pronostic localement est plus grave, en rapport aussi, dans certains cas, avec la dystrophie osseuse et l'état général.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des perforations palatines en rapport avec une valve de succion de dentier est en général très facile. En principe, le médecin devrait avoir à répondre à ces deux questions : 1° Existe-t-il une perforation palatine ? 2° La perforation est-elle en rapport avec une valve de dentier ? Dans la pratique, c'est le plus souvent le malade lui-même qui a eu conscience de l'existence de la perforation par les symptômes fonctionnels et avant tout par le rejet des liquides par le nez. Mais, nous l'avons vu, le malade peut ne s'apercevoir de la perforation que longtemps après qu'elle est constituée, s'il lui arrive de retirer très rarement son dentier, ce qui est malheureusement un cas fréquent (tous les six mois, malade de l'obs. III). Dans ces cas d'ailleurs, il ne vient consulter le stomatologiste que très tardivement, et celui-ci ne peut que se borner à confirmer le diagnostic déjà posé par le malade.

C'est à cause de l'évolution insidieuse de l'affection que toutes les fois que le stomatologiste se trouvera en face d'un patient auquel un prothésiste mal inspiré aura appliqué un appareil à valve, il sera prudent pour lui d'examiner attentivement la voûte palatine, d'explorer au stylet le fond du sillon généralement marqué au niveau des points d'appui du bord de cette valve. Il pourra parfois aussi découvrir des lésions osseuses en évolution, une résorption déjà avancée, faire craindre à son patient une perforation plus ou moins imminente et le résoudre ainsi à supprimer sa valve de caoutchouc.

Lorsque celle ci est constituée, les symptômes fonctionnels d'une part, les résultats de l'examen endobuccal et rhinoscopique combinés d'autre part, sont si nettement explicites que le diagnostic *de perforation* s'impose d'une façon absolue.

Reste donc à préciser s'il s'agit d'une perforation *en rapport*

avec une valve de succion Godart. A ce point de vue, l'expression de « en rapport » mérite d'être précisée. Envisagée dans son sens anatomique, la perforation palatine qui se trouve située en un point de la voûte répondant exactement au point d'appui d'une partie plus ou moins étendue du bord de la valve, est bien *en rapport*, en rapport de contiguité avec cette valve. A ce point de vue encore, le diagnostic est en général des plus simples, la forme spéciale de la perforation, en croissant, en demi-lune, sa situation en général latérale au sommet de la voûte palatine, au fond d'une partie du sillon creusé par les bords de la valve qui a marqué nettement son empreinte sur le palais constituent un tableau clinique des plus explicites. La connaissance du port du dentier à valve par le malade est aussi toujours connue du stomatologiste : s'il arrivait par hasard que le malade ayant déjà retiré son appareil ne la lui fournisse pas, il lui sera toujours facile, par l'interrogatoire, de reconstituer les faits. Cependant, en l'absence de ces commémoratifs, l'aspect objectif de la lésion est par lui-même tellement caractéristique, qu'il n'y a guère à s'y tromper et qu'il doit par lui-même provoquer les questions du spécialiste ou du médecin, la connaissance des faits que nous rapportons est à ce point de vue des plus utiles et une observation (obs. VI) prouve que, dans un cas atypique et complexe il est vrai, une erreur d'interprétation avait pu être commise chez un tabétique.

Les rapports de contiguïté entre la valve et la perforation sont donc d'un diagnostic facile. Il en est tout autrement des rapports de causalité et s'ils paraissent d'une interprétation facile, nous verrons au chapitre pathogénique qu'il est loin d'en être ainsi ; mais ce n'est pas là un problème purement diagnostique, c'est pourquoi nous ne l'envisagerons pas pour le moment.

Il est utile au contraire d'étudier le diagnostic différentiel avec les autres variétés de perforations palatines. Dans certains cas en effet, comme le prouve l'observation VI, la notion du fait d'un dentier à succion peut manquer ; d'autre part, ces perforations évoluent souvent sur un terrain spécial : syphilitiques, tabétique, tuberculeux, et comme chez ces malades il peut exister des perforations palatines *indépendantes du port de toute succion de dentier*, ou même de tout dentier et plus généralement *de tout traumatisme* ; il est indispensable de prendre une connaissance exacte de ces *perforations spontanées*, cette étude nous étant utile

d'ailleurs non seulement au point de vue diagnostique, mais encore au point de vue pathogénique. Pour être complet, nous dirons un mot des autres variétés de perforations palatines.

Les divisions congénitales de la voûte palatine ne peuvent en aucun cas prêter à erreur. La notion de leur congénitalité d'une part, l'absence du port de tout dentier d'autre part, permettant un diagnostic facile. Ajoutons qu'elles se présentent d'ailleurs d'une façon toute différente au point de vue clinique proprement dit et que leur aspect seul permet de porter le diagnostic. Compliquée ou non de bec-de-lièvre, c'est-à-dire de labiofissure, la brèche, dans une première variété, intéresse le bord alvéolaire à la partie antérieure de la voûte palatine : elle a une forme triangulaire à angle ouvert en avant. Dans une deuxième variété, il s'agit d'une division complète de la voûte et du voile du palais, ouverture large et triangulaire, mais à angle ouvert en arrière cette fois. Enfin, dans un cinquième type la lèvre, le bord alvéolaire, la voûte palatine et le voile sont intéressés. Ces aspects, même dans les formes limitées à la voûte, dans sa partie antérieure, sont si caractéristiques qu'il ne peut y avoir d'erreur possible.

Les perforations acquises sont d'un diagnostic étiologique plus difficile dans certains cas. Dans tous les cas, la notion du dentier à succion porté par le malade a une importance considérable pour poser le diagnostic, nous la mentionnons une fois pour toutes et nous allons essayer d'autre part de montrer que, dans la plupart des cas, il est possible de tirer de l'examen direct du malade des signes qui permettent, *en dehors de ces commémoratifs*, de poser un diagnostic exact. Nous dirons en même temps les analogies cliniques qui peuvent dans certains cas, rendre ce diagnostic étiologique difficile.

Les perforations syphilitiques, qui se voient au cours du tertiarisme soit héréditaire, soit surtout acquis, sont de beaucoup les plus fréquentes des perforations acquises de la voûte palatine. Elles peuvent porter soit sur *le voile* avec les quatre variétés décrites par Fournier et ne nous intéressent pas ici, puisque dans ce cas elles ne peuvent être la cause d'erreur de diagnostic, mais leur présence sur cet organe peut coïncider avec une perforation de la voûte osseuse proprement dite et contribuer alors à éclairer le diagnostic. Au niveau même de la voûte, elles sont assez souvent multiples, mais habituellement uniques, siègent sur la ligne mé-

diane ou à son voisinage. Leur forme est en général elliptique ou ovalaire à grand axe antéro-postérieur, moins souvent arrondie, une fois constituée, la perforation est nulle, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce. A ce stade, la muqueuse de voisinage est parfois rouge, mais non ulcérée. Le début est *insidieux*, se fait sans phénomènes prodromiques, sans douleurs, et le rejet des liquides par le nez est souvent le premier signe perçu par le malade. Cependant la perforation n'est que le résultat de la fonte d'une *gomme*. Cette gomme siège au niveau de la voûte palatine et débute, le plus souvent, du côté nasal de la voûte osseuse, plus rarement du côté palatin ; dans ce cas elle est facilement appréciable à la vue et d'aspect caractéristique. Au moment de sa fonte, elle s'ouvre et élimine un ou plusieurs petits séquestres osseux soit par les fosses nasales, soit par la cavité buccale. Cette élimination peut être perçue par le malade ou le médecin, mais elle peut aussi passer inaperçue, surtout lorsqu'elle se fait par le nez. Classiquement, la perforation se fait donc de haut en bas, évolution d'abord nasale, puis buccale. Les dimensions de la perforation une fois constituée sont variables, d'une pièce de 20 centimes, de 50 centimes le plus souvent à celle d'une pièce de 2 francs. Le traitement spécifique, y compris l'arsénobenzol, institué *une fois la perforation produite*, n'a que peu de prise, et s'il peut, et pas toujours, diminuer un peu les dimensions de la perte de substance fibro-muqueuse, l'os ne se régénère pas. Le rejet des liquides par le nez est proportionnel à l'étendue de la perforation.

Etant donné la description que nous avons faite des perforations spéciales dues aux valves de succion, il est facile de saisir les analogies et les caractères différentiels. En ce qui concerne l'évolution, elle est sensiblement la même, le début est cependant beaucoup plus insidieux encore, l'élimination de séquestre préliminaire n'existe pas habituellement, pas plus que la production d'une gomme. La situation de la perforation toujours au même point du palais, sa forme spéciale en croissant dans les cas typiques, la muqueuse d'aspect et de coloration normale au voisinage, les dimensions toujours à peu près les mêmes de la brèche osseuse sont des symptômes différentiels intéressants. Nous reviendrons sur cette analyse au point de vue pathogénique, car il ne faut pas oublier que *dans la plupart des cas*, la perforation se fait, dans la variété qui nous occupe, sur un terrain *syphilitique* ; que dans ce cas, le

problème étiologique est extrêmement complexe et sa solution doit s'inspirer des données pathogéniques que nous étudierons bientôt.

Les perforations tuberculeuses sont beaucoup plus rares, Grodu qui les a bien étudiées en a donné les caractères différentiels principaux si elles siègent en un point quelconque de la voûte et du voile — leur étendue est très variable — leur forme irrégulière à contours sinueux et frangés, elles semblent situées au fond d'un entonnoir, les bords sont mous, déchiquetés, décollés, semés de granulations jaunâtres, la muqueuse est pâle et ulcérée, le début est très douloureux et par conséquent toujours connu du malade ; l'évolution se fait (d'après Grodu) entièrement sur le palais et la perforation se produit de bas en haut. Le rejet des aliments est en rapport à la fois avec la perforation et l'anesthésie du voile.

Le traitement bien conduit peut amener la guérison, s'il s'agit d'une tuberculose localisée, la perforation est unique et ne récidive pas. La plupart de ces caractères donnés par Grodu sont des signes de valeur, toutefois cet auteur paraît avoir négligé l'examen rhinoscopique de ses malades et le Dr Maurel qui l'a, au contraire pratiqué systématiquement fait remarquer que le point de départ du lupus tuberculeux de la face et de la voûte palatine est presque toujours dans *l'endonez* et que par conséquent l'évolution du nez vers la bouche doit être fréquente, sinon la règle.

Les différents caractères que nous venons d'énumérer permettent en général le diagnostic, mais il est des cas mixtes où il existe à la fois un lupus tuberculeux de la voûte et une succion de dentier avec une perforation (cas 14, Dr Maurel) il s'agit alors, en ce qui concerne la nature de sa perforation, d'une interprétation pathogénique surtout.

Les perforations du tabès et de *la paralysie générale*, moins fréquentes que les perforations syphilitiques, sont d'une observation plus courante que les perforations tuberculeuses. Généralement désignés sous le nom de *mal perforant buccal*, elles ont été particulièrement étudiées depuis dix ans par Baudet, H. Marie, Chompret, Izard et Leclercq. Dans sa forme typique le mal perforant buccal tabo-paralytique est extrêmement distinct des perforations palatines en rapport avec des succions de dentier. L'évolution de la maladie se fait en deux étapes dont la durée est d'ailleurs variable : 1° résorption de l'arcade alvéolaire ; 2° perforation ; ce deuxième stade pouvant d'ailleurs ne jamais se produire. La

résorption alvéolaire entraîne rapidement la chute des dents et s'accompagne ou non de polyarthrite infectieuse. Cette résorption est beaucoup plus marquée que chez les édentés habituels.

La perforation palatine siège non pas au milieu de la voûte palatine, mais au niveau même de l'arcade, et en regard du plancher du *sinus maxillaire* qu'elle intéresse. Le sinus entre donc en communication avec la bouche par un orifice qui généralement a la forme d'une fente allongée d'avant en arrière, suivant la direction de l'arcade. Il en résulte les troubles fonctionnels habituels : voix nasonnée, reflux des liquides par le nez, et de plus les aliments solides peuvent venir s'accumuler dans le sinus. Presque constamment, il existe enfin au voisinage de la perforation et au niveau de la voûte palatine une zone anesthésique ou tout au moins *analgésique* plus ou moins nette suivant les cas, mais presque toujours présente. Au point de vue anatomo-pathologique, Izard distingue deux formes qui peuvent d'ailleurs se combiner : une *forme résorbante* et une *forme nécrosante*. Dans le premier cas, la résorption osseuse peut constituer toute la maladie et par usure progressive de l'os, aboutir à la perforation. Dans le second cas, forme nécrosante, qui d'ailleurs s'accompagne également de raréfaction osseuse, il y a constitution et élimination *de séquestre* unique ou multiple, séquestre lui-même résorbé, en grande partie aminci, poreux (Chompret, Izard et Leclercq). Dans les cas de ce genre, les signes du tabès ou de la P G. d'une part, le siège tout spécial de la perforation d'autre part, rendent le diagnostic de mal perforant buccal particulièrement facile ; et il semblerait qu'il ne puisse être confondu avec la variété de perforations palatines qui nous occupe. Pour être complet, signalons la possibilité de perforations également latérales et en communication avec le sinus maxillaire au cours de *l'actinomycose* (Ponat). Communication large, dont la comparaison ne peut guère être faite avec les formes qui nous occupent.

Mais en réalité, les perforations *latérales* dans le tabès peuvent être en rapport dans les points d'appui de ressorts de dentier, comme dans l'observation de P. Marie ; par conséquent dans ces cas, cette variété de traumatisme entre en jeu. D'autre part, chez les tabétiques et paralytiques généraux, on peut également voir survenir, comme dans un cas de Chompret des perforations *spontanées* portant sur la voûte palatine même, sans production d'un

dentier. Enfin, comme dans l'observation VI, on peut parfaitement voir chez des tabétiques porteurs d'un dentier à succion, se produire une perforation de la voûte palatine ayant la forme de la valve d'application : on conçoit que dans ce dernier cas, le diagnostic devienne particulièrement difficile : s'agit-il d'un mal perforant buccal *tabétique*, ou bien d'une perforation palatine *en rapport avec une succion de dentier* ? Il nous paraît en réalité dans ce cas que les deux diagnostics se complètent sans s'exclure et qu'il y ait là un problème pathogénique surtout, plutôt qu'un diagnostic nosologique et c'est pourquoi nous discuterons ce problème surtout à ce point de vue très prochainement.

Les perforations palatines ou même le mal perforant buccal, en dehors du tabès ou de la P. G. peut encore se voir dans le *ramollissement* lacunaire ou chez les *hémiplégiques* avec sclérose des fibres motrices (A. Marie et Pietkiewicz), enfin chez les *diabétiques*, analogue au mal perforant plantaire ou dans les *intoxications*. Il se présente là comme un trouble trophique ou tropho-infectieux analogue à celui du tabès et de la P. G.

Enfin *les perforations traumatiques* dues à un agent vulnérant telle que balle, éclat d'obus, coup de baïonnette, de poignard (fréquemment observées pendant la guerre), ont un aspect assez irrégulier, assez atypique, une étiologie tellement spéciale qu'il est difficile de les confondre avec les perforations qui nous occupent, qui d'ailleurs comme nous allons le voir, peuvent jusqu'à un certain point, être rangées dans les perforations traumatiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. PATHOGÉNIE

La pathogénie des perforations palatines en rapport avec une succion de dentier à valve de caoutchouc est un des points les plus intéressants, mais aussi les plus complexes de l'histoire clinique de ces perforations. Disons immédiatement qu'elle n'est pas complètement résolue, et que malgré les observations détaillées de Maurel-Coustaing, A. Marie, et les discussions de la Société de Stomatologie et de la Société de Neurologie, la question appelle de nouvelles recherches ou tout au moins de nouvelles observations.

Le problème pathogénique tient tout entier dans la discussion de la part réciproque de ces deux facteurs dans la production de la perforation, *le traumatisme* d'une part, *le terrain* d'autre part.

1° *L'action du traumatisme* est évidemment indéniable. Quelque soit en effet l'influence que l'on puisse attribuer au terrain, des preuves multiples tirées des observations que nous avons rapportées mettent en valeur l'influence de ce traumatisme La *forme* de la brèche osseuse, reproduisant exactement celle de la ventouse de succion ou plus souvent celle d'un bord seulement de la valve, bord où la *pression continue* et la plus accentuée, son siège au niveau même de ce point d'appui. L'intégrité de la muqueuse et de l'os en général existant aux autres points qu'au niveau de la zone constamment traumatisée montre bien que le traumatisme lent et continu, l'irritation produite par le fait de la succion ont sur la production de la perforation une importance primordiale.

Dans la pratique stomatologique courante, il est d'ailleurs fréquent d'observer, au moment de la mise en bouche de dentiers mal ajustés, des excoriations ou même des ulcérations de la muqueuse buccale qui guérissent d'ailleurs facilement, soit par la correction

des points mal ajustés, soit par la suppression provisoire du port du dentier. Nous avons noté d'autre part, que *dans tous les cas où* la succion Godart est appliquée et surtout appliquée longuement, il existe des lésions chroniques *de la muqueuse*, consistant en rougeur, inflammation plus ou moins marquée, hyperémie, déformations consistant en un champignon fibro-muqueux qui tend à combler la chambre de vide, avec un sillon circulaire déformé, plus ou moins profond, au pourtour de ce champignon plat. La perforation palatine, intéressant les apophyses horizontales des maxillaires supérieurs et des os palatins à la fois sur ses deux faces nasale et buccale est évidemment un degré beaucoup plus avancé de la lésion.

Est-elle bien *un degré plus avancé* ou bien *une autre* lésion ? toute différente de la première.

En un mot et c'est là tout le problème pathogénique, le traumatisme de la succion est-il capable de créer A LUI TOUT SEUL, la perforation, ou bien intervient-il ici une question de terrain qui entre pour une part plus ou moins considérable dans l'apparition de la perforation ?

II. — Or l'influence *du terrain* semble également indéniable. Si en effet elle n'existait pas, chaque fois qu'un dentier avec valve de succion est appliqué chez un malade, on devrait voir apparaître chez celui-ci, au bout d'un temps plus ou moins long, mais constamment, non seulement des lésions et des déformations de la muqueuse qui en effet sont constantes, mais encore une perforation de la voûte palatine, puisque, aux dires de certains auteurs (Coustaing, Valérien Piethiewicz), le traumatisme de la succion a pu *à lui seul*, déterminer la perforation. En dehors de cette considération qui a sa valeur, l'analyse des 14 cas qui sont actuellement rapportés nous donne également une preuve évidente de l'influence du terrain. Sur ces 14 cas, 3 trop sommairement rapportés ne nous fournissent à ce point de vue aucune indication. Sur les 11 autres cas, nous notons :

3 cas de tabès,

2 cas de syphilis tertiaire gommeuse,

1 cas de syphilis avérée,

2 cas avec Wassermann positif,

1 cas de lupus tuberculeux,

2 cas où l'on n'a trouvé aucun antécédent syphilitique, où le Wassermann est négatif. Mais nous remarquons que dans l'un des

deux cas, il existait une leucoplasie commissurale unilatérale très nette, et l'on sait que si ce signe n'est pas fatalement en rapport avec une syphilis antérieure, sa valeur diagnostique est cependant considérable. Dans ces deux cas, il s'agissait d'autre part de sujets relativement âgés ; chez ces sujets si la syphilis existait, elle était probablement ancienne, et l'on sait que dans ces cas, et en l'absence d'autre part de toute manifestation clinique, le Wassermann peut parfaitement être négatif. Il peut même l'être alors que les manifestations cliniques tertiaires sont présentes. Dans ces deux cas, il y a lieu de noter qu'aucune *réactivation*, n'a été faite avant la prise de sang en vue du Wassermann. Par conséquent, en présence de cas aussi peu nombreux de non syphilitiques et au contraire aussi nombreux et aussi probants de spécifiques, il n'est pas permis de conclure que, en dehors d'un terrain spécial, la succion Godart peut, *à elle seule*, déterminer la perforation palatine.

Nous pensons donc avoir établi d'une façon nette la nécessité d'un terrain spécial, le plus généralement syphilitique. Reste à montrer les modalités de l'action de ce terrain et le mécanisme de la production de la perforation dans les cas qui nous occupent. Pour cette étude, il est utile de voir comment les choses se passent dans la production d'une perforation palatine, chez un malade syphilitique ou tabétique ou encore paralytique général, *non porteur d'une succion de dentier*.

Chez un syphilitique tertiaire (syphilis héréditaire et plus souvent acquise), la production de la brèche osseuse palatine est toujours sous la dépendance de l'existence antérieure d'une *gomme* : la perforation est en quelque sorte l'aboutissement et le témoin de la gomme palatine, cette gomme pouvant d'ailleurs, dans certains cas, ne pas entraîner la production de la perforation. Le siège de la gomme dans son stade initial est *osseux* ou ostéo-périosté : c'est au niveau de l'union du vomer et des apophyses palatines que se développe d'abord le processus gommeux, la voûte palatine, os plat, est touchée dans ses deux lames périostiques (Castex), puis le processus gommeux évolue à la fois du côté du plancher des fosses nasales et du côté de la voûte palatine. Celle-ci est tout d'abord soulevée à son sommet et sur la ligne médiane, elle devient rouge, tuméfiée, tuméfaction arrondie et limitée, puis la muqueuse s'ulcère, se perfore en un ou plusieurs points voisins, la suppuration se fait jour par ces pertuis, au stylet on tombe sur

un ou plusieurs points osseux, qui sont d'abord simplement dénudés, se nécrosent, deviennent mobiles et finalement s'éliminent ou sont comme cueillis par le malade ou le médecin, cette élimination de petits séquestres pouvant se faire soit par le nez, soit par la bouche. Pour certains auteurs, la perforation se ferait de haut en bas de la fosse nasale vers le palais, plus rarement en sens inverse. Tous ces modes de début peuvent en effet être observés, mais le plus fréquent, le plus typique est celui que nous avons décrit : *siège osseux* d'abord, évolution à la fois vers le haut et vers le bas ensuite, avec perforation à la fois de la muqueuse nasale et de la muqueuse palatine.

Dans la tuberculose localisée, dans le lupus tuberculeux, le processus pour Grodu, suivrait une marche ascendante. Le siège des lésions serait d'abord muqueux et palatin, gagnerait la voûte osseuse et se propagerait enfin à la fosse nasale : il y aurait élimination séquestrale, par suite de la formation d'un foyer d'ostéomyélite ou d'ostéite localisée. La fréquence des lésions endo-nasales comme point de départ du lupus tuberculeux, l'absence d'ailleurs d'examen rhinoscopique systématique dans les observations de Grodu nous autorise à ne pas partager entièrement les conclusions de cet auteur.

Dans le tabès et la paralysie générale, d'ailleurs souvent associés (tabo-paralysie générale), l'aspect des perforations et sans doute le mécanisme de leur production est sensiblement analogue, c'est pourquoi, nous pouvons étudier leur pathogénie dans un même chapitre. Pour éviter les répétitions, nous prendrons le cas d'un tabétique, non porteur de dentier, chez lequel se produit un mal perforant buccal. Dans les cas typiques, il siège, nous l'avons vu, non pas au niveau du sommet de la voûte palatine, mais au niveau de la partie latérale de l'arcade, en regard du plancher du sinus qu'il ouvre. La voûte elle-même ou le maxillaire inférieur ne sont intéressés que dans des cas exceptionnels. Chez ces malades. Izard, qui a fait une excellente revue générale sur ce sujet, distingue deux formes anatomo-pathogéniques d'une fréquence sensiblement égale : une *forme résorbante* et une *forme nécrosante*. Dans la première, il s'agit d'une fonte cellulaire osseuse, progressive, sans incident, sans élimination de séquestre, dans laquelle, après résorption de l'arcade alvéolaire et chute des dents, le plancher sinusal osseux se résorbe à son tour, et la

muqueuse désormais sans soutien, et subissant sans doute les mêmes troubles trophiques se perfore à son tour : la perforation est constituée. Dans la forme nécrosante, on observe également la résorption alvéolaire et la chute des dents, mais l'on voit aussi la formation de séquestres constitués par les alvéoles dentaires, pouvant ou non accompagner la chute des dents. Dans ce cas, il y a donc élimination de séquestres osseux : c'est bien *la forme nécrosante.*

Dans la paralysie générale, les choses sont exactement superposables.

Au point de vue pathogénique, il est prouvé, contrairement à l'opinion de Galippe, que l'*infection* n'est pas à la base de ces accidents, mais que la pyorrhée alvéolaire, qui d'ailleurs est loin d'être constante, est en tout cas secondaire. Il s'agit de *troubles trophiques*, analogues au mal perforant plantaire, sous la dépendance eux-mêmes d'une lésion nerveuse du trijumeau. Cette lésion produit des troubles circulatoires d'où dénutrition et décalcification osseuses. Le maxillaire supérieur, os à parois minces est le plus souvent touché (Maurel). « La lésion initiale semble être une décalcification des travées osseuses, qui s'accuse surtout au voisinage des canaux de Havers ; par suite, ces canaux s'élargissent et forment des cavités visibles à l'œil nu, qui donnent à la surface de l'os son aspect poreux » (Déjerine).

III. — Nous venons donc d'examiner d'une part les lésions susceptibles de se produire par le port d'un dentier à succion chez un sujet sain (lésions muqueuses), d'autre part celles que l'on rencontre indépendamment de tout traumatisme sur le terrain spécial indispensable à notre avis pour que se produise la perforation.

Il nous reste à montrer *sur ce terrain spécial l'influence primordiale du traumatisme* en général et du traumatisme produit par la succion de dentier en particulier. Cette influence, classique dans la tuberculose, dans le cancer, est peut-être moins connue dans la *syphilis.* Cependant Fournier, dans son *Traité de la syphilis précoce tertiaire*, y consacre deux pages. Il note la possibilité de l'apparition de lésions spécifiques tertiaires au niveau des os, dans les cas de fracture, de contusion, sur la peau, à la suite de brûlures, d'applications de vésicatoires, de dermatoses diverses, au niveau des plaies consécutives à des traumatismes sanglants, acci-

dentels ou opératoires. Pour conclure il existe, dit-il, « une possibilité indéniable, pour une plaie quelconque, affectant un sujet syphilitique, de subir l'influence de la diathèse et de dégénérer en une plaie syphilitique ». A la Société de Stomatologie, récemment le Dr Maurel (février 1921), discutant la pathogénie des perforations sous dentier à succion rapporte des observations personnelles d'ostéopériostite tibiale secondo-tertiaires récidivantes chez des artilleurs indigènes algériens, en rapport très net avec le traumatisme continu et prolongé de l'équitation. Il rappelle en outre les observations de Lacopère et Laurent (*Presse médicale*, 1919), de lésions et de gommes frontales ostéo-périostées localisées par la prosternation multiquotidienne chez des islamites syphilitiques.

Chez les syphilitiques, l'influence du traumatisme comme localisateur des lésions, et en particulier, pour le Dr Maurel, d'un traumatisme souvent minime, *mais continu* est un fait absolument démontré. Rien d'étonnant par conséquent à ce qu'une valve de succion, réalisant précisément le mécanisme d'un traumatisme minime et continu puisse produire chez des sujets syphilitiques l'apparition de lésions syphilitiques, ou tout au moins de localiser là une lésion spécifique, qui en l'espèce ne pourrait être évidemment qu'une *gomme*. Il s'agissait bien d'une gomme dans deux cas de Guilly et dans un cas de Maurel. Mais, en dehors des cas observés chez les tabétiques ou les paralysies générales dans les autres observations de sujets à Wassermann positif, la lésion était-elle bien une gomme et la perforation observée était-elle la conséquence de la fonte de cette gomme ? Or les observations I et II (Dr Maurel), sont suffisamment détaillées pour pouvoir répondre par la négative. Dans ces cas en effet, il n'y a eu aucune modification apparente préliminaire de la voûte palatine, aucune douleur même minime, aucune gêne, aucune tuméfaction et surtout *aucune élimination de séquestre* au moins perçue par les malades. D'autre part, la forme spéciale de la perforation, l'intégrité de la muqueuse constatée à son voisinage immédiatement après sa production plaide beaucoup plus en faveur d'une *résorption osseuse* que d'une nécrose, se rapprochant ainsi par conséquent davantage de la forme résorbante décrite par Izard chez les tabétiques. Une observation (I) du Dr Maurel) est à ce point de vue des plus caractéristiques : au cours d'une palatoplastie pour obturer une perfo-

ration droite en forme de croissant, alors que la muqueuse était intacte à gauche, cet auteur est tombé sur une deuxième brèche osseuse gauche symétrique à la première, correspondant exactement l'emplacement du bord gauche de la valve de succion. Or, dans ce cas, il n'y avait eu aucune élimination de séquestre, il s'agit donc bien d'une résorption osseuse localisée chez un syphilitique par un traumatisme continu. Nous avons vu que chez les tabétiques, la fragilité osseuse bien connue, la décalcification (fractures spontanées fréquentes) était en rapport avec des troubles circulatoires. Or chez les spécifiques, on sait que les lésions d'endovascularite sont au premier plan des lésions tertiaires, et l'on peut donc par un même mécanisme concevoir une fragilité spéciale, moindre, mais analogue, du système osseux et en particulier du maxillaire supérieur.

Chez les tabétiques et les P. G., l'influence du traumatisme comme agent de localisation des lésions est des plus connue et le terrain dystrophique, l'inertie de l'organisme contre les influences extérieures (traumatisme, infection) permet à des causes minimes de produire des lésions très graves (Maurel). En ce qui concerne le mal perforant buccal, Chompret, puis A. Marie ont insisté sur cette influence du traumatisme. Demage rapporte l'observation d'un P. G. qui dans un effort de mastication, arrache son arcade alvéolo-dentaire. Chompret met en valeur le traumatisme produit par la mastication, par suite de la conservation des dents inférieures, en particulier des incisives, l'arcade supérieure étant édentée, il lui attribue la production d'ulcérations atones et de mal perforant. Pour A. Marie, observant le même malade, c'est bien également le traumatisme qui agit, mais par un mécanisme tout différent : il montre, par la confrontation des dates, qu'un mal perforant médio-palatin à l'emporte-pièce était en rapport avec une *succion du dentier*, et que deux maux perforants latéraux ont eu pour cause provocatrice des points d'appui de ressorts mal ajustés. Dans une autre observation de Chompret et Izard, chez un P. G., un appareil de prothèse cassé a déterminé l'apparition d'une ulcération indolente de la voûte palatine, qui s'est terminée par un mal perforant buccal. Il y a eu dans ce cas, comme dans celui de A. Marie, élimination de séquestre à forme nécrosante. Dans un autre cas, de ce dernier auteur, une succion de dentier a produit d'une part une escarre brunâtre palatine, d'autre part l'élimination

d'une lamelle osseuse, *sans entraîner de perforation*. Donc ici encore, forme nécrosante. Notons d'autre part, que dans une observation de Poteau, chez un tabétique ayant présenté trois séquestres du maxillaire inférieur, un appareil de prothèse supérieur *avec succion* a été bien supporté et n'a pas produit de perforation. Quoiqu'il en soit de ce cas exceptionnel, il reste à retenir que chez les tabétiques et le P. G., à l'inverse de ce qui se passe chez les syphilitiques, les perforations en rapport avec les valves de succion, prennent plutôt la *forme nécrosante* et se produisent d'ailleurs beaucoup plus rapidement, et sont précédés en général d'escarres ou d'ulcérations atones, avec hypoesthésie ou anesthésie du voisinage. Ces faits ne sont pas pour nous étonner, étant donné chez ces malades, la fragilité toute spéciale du système osseux, l'inertie de l'organisme et la facilité de production de troubles trophiques.

Dans le cas de tuberculose localisée (1er cas, Dr Maurel) nous pensons que les lésions muqueuses sont primitives et les lésions osseuses secondaires, et que le traumatisme exerce également une action localisatrice et aggravative importante, sans cependant pas plus que chez les autres malades, produire *à lui seul*, la perforation.

TRAITEMENT

L'étude qui précède permet de tirer des conclusions fermes en ce qui concerne le traitement des perforations palatines en rapport avec des succions à valve de dentier. Si tout d'abord un premier précepte et le plus important se dégage de l'analyse des faits : c'est la nécessité de proscrire *d'une façon absolue* l'usage des succions Godart ou genre Godart, c'est là le vrai *traitement prophylactique*. A cette proscription, de nombreuses raisons concourent : la principale est précisément la possibilité de voir apparaître, à la suite de l'usage de cette variété de succion, la brèche osseuse que nous avons longuement décrite et les troubles fonctionnels particulièrement gênants qu'elle entraîne. On pourrait objecter, que conformément aux conclusions de notre étude, la valve n'est pas tout dans la production de cette lésion, et que si l'on se trouve certain d'être en face d'un terrain absolument sain c'est-à-dire d'un sujet non spécifique, ni tabétique, ni P. G., ni tuberculeux, ni diabétique,etc., on pourrait dans ce cas user librement de ce moyen de rétention.

En réalité, dans la pratique courante, si l'on peut relativement facilement reconnaître un P. G., un tabétique, un tuberculeux local ou pulmonaire avéré, il est beaucoup plus difficile de reconnaître ces affections à leur période de début. D'autre part, la syphilis est souvent très difficile à dépister ; de plus les patients se prêteront difficilement à un examen somatique complet, à un interrogatoire minutieux, à des recherches de laboratoire, à des prélèvements de sang ou de liquide céphalo-rachidien, alors qu'il s'agit simplement pour eux de se faire mettre un dentier. Le mieux est donc par conséquent de renoncer *d'une façon absolue* à la succion Godart.

Et d'ailleurs, si même la perforation ne venait pas à se produire,

il existe presque constamment soit des ulcérations ou plus souvent des lésions chroniques inflammatoires de la muqueuse qui doivent également être évitées et constituent une contre-indication. Enfin, au point de vue prothétique proprement dit, la succion n'entre généralement en jeu que pendant quelques jours, puis la muqueuse venant faire hernie et comblant la chambre d'aspiration, l'adhérence par le vide ne joue plus. Dans d'autre cas, « on voit souvent l'appareil ballotter dans la bouche, suspendu au palais par ces succions que l'on baptise vulgairement du nom de *tire-pavés* » (Chompret).

La succion Godart a donc des inconvénients pathologiques sérieux, elle ne remplit pas ou remplit mal son rôle au point de vue prothétique proprement dit : elle doit donc être proscrite.

Peut-elle être remplacée par d'autres moyens de rétention qui assureront la stabilité de l'appareil ? Dans tous les cas, l'exactitude de l'empreinte (empreinte au plâtre), *la sustentation* réalisée suivant les principes donnés par le Dr Robin, l'utilisation des dents restantes s'il s'agit d'appareils partiels, l'usage des appareils en aluminium coulé permet de réaliser l'adhérence. Ce ne serait qu'en tout dernier lieu, et à titre d'aveu d'impuissance, qu'on serait autorisé à se servir de *ressorts*. Les inconvénients dans certains cas, comme le montre une observation de Pierre Marie peuvent être les mêmes que ceux de la succion, mais sont cependant, au point de vue organique, sans inconvénients, entraînant seulement une gêne considérable de la mastication.

Nous ne mentionnerons pas les innombrables autres procédés de succion (chambre en cœur, simple, procédés Towald, Fanton, Stoïne, Stefan Ulrich, etc...), dont la valeur est plus ou moins compréhensible. Tels étaient, jusqu'à ce jour, les procédés classiques qui permettaient au prothésiste de réaliser l'adhérence et la stabilité des appareils et en particulier des dentiers complets du maxillaire supérieur.

Actuellement, un procédé spécial de prise d'empreinte, *prise d'empreinte en succion ou empreinte endomugésique*, suivant l'expression du Dr Allager, stomatologiste à Anvers, permet d'arriver à une adhérence parfaite dans tous les cas et en particulier dans les cas difficiles de palais plats à sinus palatin prononcé, avec résorption alvéolaire dont nous avons signalé l'exagération pathologique chez certains tabétiques en particulier. Nous n'avons pas à

exposer ici cette méthode, qui, bien que nouvelle, est cependant déjà connue de la plupart des stomatologistes et des prothésistes et qui au surplus ne peut intéresser que des spécialistes. Nous nous contenterons de la signaler et de la conseiller dans tous les cas où il existe et où l'on prévoit des difficultés dans la tenue du dentier.

En dehors de ces moyens prophylactiques généraux, y a-t-il lieu en outre de prendre des précautions plus grandes encore dans certains cas particuliers, et en particulier chez des tabétiques ou des P. G. avérés, dont l'édentation complète de la mâchoire supérieure semble nécessiter l'usage d'un dentier. Pierre Marie, fort impressionné par deux cas de maux perforants qu'il a observé, n'est pas loin d'en proscrire l'usage et dit-il c'est tout au plus si l'on peut tolérer l'usage exclusivement au moment des repas ». L'usage du dentier comme simple masticateur peut en effet,dans des cas particuliers où la dystrophie osseuse est intense, être conseillé, mais ce sont là des cas exceptionnels. Grâce à une hygiène bucco-dentaire sévère, à un examen fréquent de la muqueuse buccale, à l'enlèvement systématique du dentier la nuit, et surtout grâce à un appareil bien conçu, bien réalisé et à la prise d'empreinte en succion, on peut même chez les tabétiques autoriser le port d'un tel dentier, quitte à le supprimer à la moindre menace, à la moindre ulcération. Chez les simples spécifiques, la surveillance peut être moins stricte, le danger étant moins grand.

Inutile d'ajouter, que chez un de ces malades, s'il arrive au médecin ou au stomotologiste de trouver un dentier à succion ou à ressorts, il doit avant tout le supprimer, même en l'absence de toute complication. Bien plus, nous demandons à tout stomatologiste ou à tout dentiste qui constate l'existence chez un de ses porteurs d'une valve de succion montée sur un dentier, de la supprimer ; en expliquant à son malade les inconvénients graves qu'elle peut présenter, il arrivera toujours à le convaincre.

En face d'une perforation constituée, la même ligne de conduite doit évidemment être dès l'abord adoptée,suppression de la valve de succion,et dans certains cas suppression au moins provisoire du port du dentier. On procèdera ensuite à un examen somatique complet, à un interrogatoire du malade et l'on s'efforcera de rechercher avant tout *la syphilis*, le tabès, la P. G., la tuberculose, le diabète. On s'entourera au besoin des ressources du laboratoire : examen du sang et du liquide céphalo-rachidien, avec réaction de Wasser-

mann sur ces deux liquides organiques. Le traitement sera alors différent suivant les résultats obtenus. De toute façon le tabès et la P. G. n'étant que des maladies parasyphilitiques, le traitement à instituer est un traitement antisyphilitique. Sa nécessité est d'autant plus considérable que le sujet ignore souvent sa spécificité et que de ce chef elle n'a jamais été traitée. Nous n'avons pas à décrire les modalités diverses de ce traitement, soit par l'iodure, soit par le mercure, soit par la médication arsénicale dans le cas de syphilis tertiaire, de tabès ou de P. G., mais nous envisagerons seulement *les résultats* de ce traitement en ce qui concerne la lésion qui nous occupe.

Dans 2 cas de Guilly, cas exceptionnels où il s'agissait de gommes syphilitiques, les malades ont été *améliorés* par le traitement, mais non guéris, c'est-à-dire que la perforation a diminué d'étendue. Dans tous les autres cas, et en particulier dans les observations détaillées du Dr Maurel et du Dr Coustaing, le traite-antisyphilitique soit par l'arsénobenzol, soit par le Hg. ou les iodures, n'a donné, au point de vue de la perforation, absolument aucun résultat ; celle-ci n'a nullement modifié ses dimensions, elle a persisté intégralement avec ses troubles fonctionnels inchangés. Ce résultat négatif était d'ailleurs prévu et conforme avec ce que l'on sait déjà sur les effets du traitement antisyphilitique à l'égard des perforations palatines syphilitiques proprement dites, consécutives à la fonte des gommes et à l'élimination de séquestres. Chez ces tertiaires en effet, *une fois la brèche osseuse constituée*, le traitement, quel qu'il soit, même arsénical est généralement sans effet et il n'y a ni réparation osseuse ni réparation muqueuse. Il en est exactement de même dans les cas de tabès ou de P. G. avec mal perforant buccal : la perforation persiste intégralement avec ses dimensions primitives. On a souvent combiné au traitement général antisyphilitique un *traitement local*, par des agents irritatifs, destinés à exciter la prolifération conjonctive : attouchement au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, au péroxyde de zinc, etc... Ce traitement local ne donne pas, lui non plus, de résultats appréciables.

En face de l'échec du traitement médical, *le traitement chirurgical* doit être et a été envisagé. On sait que dans les divisions congénitales de la voûte palatine, avec ou sans bec-de-lièvre, l'urano-staphylorrophie est classique et au point de vue anatomique tout au

moins donne dans la plupart des cas des résultats heureux. De même, dans certaines perforations palatines, spécifiques, ou traumatiques, Morestin a obtenu par des plastiques palatins, des résultats sinon constamment, du moins souvent satisfaisants. Parmi les cas qui nous occupent de perforations palatines en rapport avec des valves de succion, trois ont subi un traitement chirurgical, deux fois avec échec, une fois avec un succès complet. Dans un premier cas (obs. du Dr Maurel) l'échec a été dû à l'existence d'une deuxième perforation portant sur l'os du côté opposé à celle qu'il s'agissait de recouvrir, l'intervention n'a pu être poursuivie systématiquement ; le Dr Maurel pense d'autre part que le prélèvement plastique des lambeaux n'a pas été assez large.

Dans l'observation III, Dr Coustaing, l'intervention pratiquée par un laryngologiste, *sous anesthésie générale,* a donné un échec complet et même les dimensions de la perforation ont été un peu plus grandes après l'opération qu'avant ; mais ici *un seul lambeau latéral a été mobilisé* et rapproché du bord opposé de la perforation non décollé : c'est là une technique déplorable et qui ne pouvait donner que des résultats désastreux.

L'observation II est particulièrement intéressante : dans ce cas en effet la malade a subi une première intervention sous anesthésie générale, intervention très limitée qui s'est terminée par un échec avec agrandissement des dimensions de la perforation, la deuxième opération, pratiquée par le Dr Maurel, *sous anesthésie locale,* a donné au contraire un succès complet : disparition totale de la perforation, permettant deux mois après la mise en bouche d'un dentier sans succion, véritable *restitutio ad integrum*, comme en témoigne le moulage représenté par la figure 4. L'intervention a compris les temps suivants :

1° *Anesthésie locale* à la novocaïne à 2 0/0 additionnée d'une goutte d'adrénaline au 1/1000 par centimètre cube. Anesthésie régionale portant sur les trous palatins antérieur et postérieur, complétée par une anesthésie par infiltration ;

2° Constitution de deux lambeaux étoffés par incision bilatérale curviligne au ras du bord alvéolaire d'une part. Incision médiane palatine unique en avant et en arrière de la perforation d'autre part. Décollement de la fibro-muqueuse palatine grâce aux reprises spéciales de Trélat ;

3° Avivement aux ciseaux courbes à gencives des bords laté-

raux de la perforation de façon à les rendre sensiblement rectilignes. Suture assez espacée à la soie des deux lambeaux sur la ligne médiane.

Soins post-opératoires. — Aucune boisson, aucune alimentation pendant vingt-quatre heures, *aucun lavage* de bouche. Les jours suivants, alimentation liquide suivie d'un rinçage soigneux de la bouche à l'eau bouillie très légèrement iodée après chaque prise alimentaire. Ablation des fils le sixième jour : la suture a tenu partout et complètement. Continuation pendant un mois des soins d'hygiène buccale. Deux mois après l'intervention, la cicatrisation est tellement valable que l'on peut prendre une empreinte et refaire un dentier complet sans succion.

Ce mode opératoire, y compris l'*anesthésie locale* et les soins spéciaux post-opératoires, en particulier l'absence de lavages sous pression (lavages au bock) doit être suivi de point en point, si l'on veut avoir quelque chance de succès. L'anesthésie générale en effet, en plus qu'elle est absolument inutile, par les vomissements qu'elle provoque constitue une souillure inévitable de la plaie opératoire. Elle entraîne souvent des complications pulmonaires au cours desquelles la langue, dans l'acte de la toux, vient traumatiser la plaie opératoire, et désunit la suture, comme nous avons pu l'observer. Les lavages sous pression dans les jours qui suivent l'opération, constituent aussi une cause d'échec.

En s'en prenant à la technique utilisée par le Dr Maurel, *dans les cas ordinaires*, le succès, c'est-à-dire la guérison complète doit être la règle. Il serait prématuré de généraliser cette conclusion et de l'appliquer en particulier aux cas des tabétiques et des P. G. La mauvaise qualité des tissus, l'inertie de l'organisme, les troubles particulièrement intenses de trophisme chez ces malades ne permettent pas d'espérer dans tous les cas une guérison par le traitement chirurgical : il est cependant peut-être à tenter. Il sera bon d'ailleurs dans tous les cas, *avant l'intervention,* comme cela a été fait pour la malade de l'observation II d'instituer un traitement spécifique (si la syphilis est en cause) qui, s'il ne guérit pas les lésions, met tout au moins les tissus dans un état de résistance plus considérable qui favorise la cicatrisation, et élimine le poison spécifique.

Chez des sujets âgés, qui refusent l'intervention, chez certains tabétiques ou P. G. où le traitement chirurgical peut ne pas être

indiqué, dans les cas enfin d'échec de celui-ci, *le traitement prothétique* doit obvier pour une large part ou même en totalité à l'infirmité apportée par la perforation. Nous n'insisterons pas sur les modalités de la prothèse dans ce cas ; nous dirons seulement qu'elle doit passer *en pont* au-dessus de la perforation; sans la combler. La prothèse ainsi conçue modifie le timbre de la voix et empêche le reflux des liquides par le nez.

Mais, nous le répétons, *ces obturateurs palatins* ne doivent avoir à leur compte que les échecs ou les contre-indications du traitement chirurgical. Nous avons déjà parlé de la *prothèse de remplacement* du dentier à succion, agent causal de la perforation : nous n'y revenons pas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Docteur Gérard Maurel, décembre 1919)

Th L .., 65 ans Le malade vient consulter à l'hôpital Laënnec, dans le service oto-laryngologique du Dr Ed. Lombard pour des phénomènes que l'examen nous révèle être en rapport avec une sinusite maxillaire chronique gauche d'origine dentaire.

En pratiquant l'examen buccal et rhinoscopique systématique de ce malade nous constatons qu'il est en outre porteur d'une *perforation de la voûte palatine*.

Cette perforation est située un peu à droite de la ligne médiane, à 15 millimètres environ du rebord alvéolaire antérieur, complètement édenté à ce niveau. La perte de substance palatine, en forme de *croissant* reproduit exactement le contour de la partie droite de la valve de caoutchouc fixée sur la face palatine de l'appareil de prothèse dentaire (dentier complet du haut) dont le malade est porteur depuis de nombreuses années (12 ans). Les dimensions antéro-postérieures de la perforation sont celles du diamètre de la valve de succion, soit 22 millimètres environ. Les dimensions transversales sont, étant donné sa forme en croissant, plus grandes au niveau de sa partie moyenne, où elles atteignent 5 millimètres environ. Enfin, comme nous le constatons par la rhinoscopie antérieure, cette perte de substance communique librement avec la fosse nasale droite et au cours de la déglutition sans appareil, les liquides sont partiellement répétés par la narine droite. La voix a de plus un timbre nasonné absolument caractéristique.

Autour et au bord de la perforation, la muqueuse palatine a conservé sa coloration et sa consistance normale, elle ne paraît le siège d'aucun phénomène inflammatoire. Au niveau même de la perforation, la muqueuse est naturellement absente et ses bords se modèlent là exactement sur ceux de la brèche osseuse. La partie gauche et postérieure du bord de la valve de caoutchouc a déterminé sur la muqueuse un sillon

plus ou moins profond suivant les points, mais sans ulcération et sans perte de substance *muqueuse*. Au contraire à l'intérieur de la circonférence formée par les bords de la valve, c'est-à dire en rapport avec la chambre de succion, la muqueuse est saillante, surélevée, formant là une espèce de champignon, de bouton plat, comme la chose est d'ailleurs de règle chez les sujets porteurs de succion Godard.

A l'interrogatoire, nous apprenons que le malade s'est aperçu de l'existence de sa perforation il y a six mois environ : ce sont, comme d'habitude, les troubles fonctionnels : rejet des liquides par le nez, voix nasonnée qui ont d'abord attiré son attention.

Nous faisons faire immédiatement une réaction de Wasserman à Th. L... : elle est absolument *positive*.

Auparavant, nous avions recherché soit par l'interrogatoire, soitpar l'examen clinique des signes de syphilis ; nous n'avons pu en déceler : il n'existe pas en particulier de leucoplasie. Malgré ces symptômes négatifs, étant donné le résultat positif de la réaction de Wassermann, nous mettons le malade au traitement antisyphilitique : 4 grammes de KI pendant 15 jours par mois, 24 injections de biiodure de mercure. L'état général contre-indiquant les injections intra-veineuses de novarsenobenzol, après essai, ce médicament est abandonné.

Entre temps la sinusite maxillaire dont le sujet est porteur est touchée par des ponctions évacuatrices systématiques transméatiques, et ce traiment n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, nous opérons le malade par le procédé de Coldwel-Luc et peu de temps après, la guérison de la sinusite est obtenue.

En ce qui concerne la bouche, le malade étant porteur sous son dentier de chicot : l'un à gauche à l'emplacement de la dent de 12 ans, d'autres à droite au niveau des grosses molaires, notre premier soin est de pratiquer l'extraction de ces chicots, avant d'entreprendre le traitement de la sinusite. De plus, nous faisons naturellement supprimer la valve de caoutchouc du dentier.

Mais, conformément à nos prévisions fondées sur l'évolution habituelle des perforations palatines chez les spécifiques, ni la suppression de la valve, ni le traitement antisyphilitique qui est poursuivi pendant plusieurs mois (KI, biiodure, calomel, frictions mercurielle) ne modifient en rien l'aspect et les dimensions de la perforation.

C'est à ce moment (19 janvier 1920) que nous présentons le malade à *la Société de Stomatologie*. Dans la discussion qui suit notre présentation, M. Chompret nous engage à rechercher le tabès chez notre malade, ayant eu, pour sa part, l'occasion d'observer un cas semblable chez un tabétique. Après cette présentation, nous avons repris l'examen clinique de notre malade à ce point de vue, mais nous n'avons pu déceler chez

lui absolument aucun signe, même fruste, tabétique ou prétabétique. La ponction lombaire n'a pu être pratiquée.

La perforation pouvant être considérée désormais comme définitive, en février 1920, nous intervenons chez notre malade et après avivement des bords de la perforation, sous anesthésie locale, nous tentons une palatoplasie. Mais, fait important, au moins au potnt de vue pathogénique, après la taille du lambeau gauche (opposé au côté perforé) et son décollement de la voûte, nous nous apercevons qu'il existe là une deuxième perforation, ou tout au moins une perte de substance osseuse, également en forme de croissant, correspondant à l'emplacement du bord latéral droit de la valve et qui se dirige sans l'atteindre vers la perforation droite déjà connue. Au niveau de cette deuxième perte de substance osseuse, la muqueuse bien que déficiente était absolument normale d'aspect et sans ulcération.

Craignant de laisser à découvert par la suture autoplastique cette deuxième perte de substance, nous ne pouvons poursuivre une intervention typiquement conduite, et les résultats opératoires sont nuls ; c'est-à-dire que la perforation droite subsiste non modifiée et que à gauche, la reprise du lambeau masque, comme avant l'intervention, la perte de substance osseuse.

(Ce malade présenté à la Société de Stomatologie le 19 janvier 1920.)

OBSERVATION II

(Dr Gérard Maurel)

M.I...,32 ans se présente à nous en décembre 1920. Elle est porteuse d'une perforation de la voûte palatine en forme de croissant. Ce croissant est situé au sommet de la voûte palatine. Elle a la forme d'un croissant ou d'une virgule dont la concavité regarde en avant et à gauche. La partie antérieure du croissant, située à 15 millimètres environ du rebord alvéolaire antérieur édenté est située tout près de la ligne médiane. Son extrémité postérieure est un peu à gauche de cette ligne, de sorte que la perforation en croissant a la forme d'une demi-circonférence presque tout entière située dans la moitié droite de la voûte, une petite partie seulement empiétant en arrière sur la moitié gauche ; sa longueur maxima de 3 millimètres environ est dans la partie droite et en arrière.

Au pourtour de cette perforation qui intéresse à la fois la fibro-muqueuse et le squelette, la muqueuse a conservé un aspect et une coloration normale : elle se déprime seulement au niveau des bords de la perforation. A l'examen rhinoscopique antérieur, on constate avec une sonde molle que

la perforation communique à la fois avec la fosse nasale droite et sur une zone moins étendue avec la gauche.

Le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur est complètement édenté. Celui du maxillaire inférieur au contraire porte les dents antérieures : incisives, canines et première prémolaire ; les autres dents sont absentes, ayant été extraites pour carie.

A l'interrogatoire, nous apprenons que cette perforation est en rapport avec une valve de caoutchouc constituant succion sur un dentier en vulcanite que la malade a mis en bouche pour la première fois en juin 1914. Dans les mois précédent cette période, la malade ayant souffert de névralgies faciales avec larmoiement et ces névralgies faciales avec céphalée ayant été diagnostiquées comme d'origine dentaire, un médecin prescrit l'extraction des dents malades du maxillaire supérieur, extraction qui est pratiquée par un dentiste. En deux mois, toutes les dents supérieures sont ainsi extraites, sauf la canine. Puis un appareil en vulcanite est mis en bouche : il comprend une valve de caoutchouc (succion Godard). Cette valve produit au début de son application une légère excoriation de la muqueuse donnant lieu à de petites hémorragies, mais au bout de quinze jours, tout rentre dans l'ordre et la patiente qui garde son appareil en permanence n'observe plus rien d'anormal. De temps en temps, elle change sa valve de caoutchouc. Et en effet, pendant cinq ans, tout va bien, lorsqu'un jour, en décembre 1919, la malade étant venue par hasard à boire un peu de liquide, sans appareil, ce liquide fait partiellement issu par le nez du côté droit. La perforation se révèle donc d'une façon tout à fait incidente : elle n'a été précédée ni de douleurs locales, ni d'aucune tuméfaction, ni de l'élimination d'esquilles osseuses soit par le nez, soit par la bouche.

Inquiète à juste titre, Mme M. va consulter dans différents hôpitaux. Un Wassermann pratiqué en juillet 1920 donne un résultat négatif. De même un examen complet du système nerveux à la Salpêtrière ne révèle absolument rien d'anormal. Entre temps, en mars 1920, l'écoulement des liquides par le nez qui était depuis décembre 1919 unilatéral droit, se fait par les deux narines, ce qui prouve, que malgré la suppression de la valve de caoutchouc depuis décembre, la perforation s'est certainement agrandie.

En septembre 1920, elle est observée dans un service hospitalier. Un Wassermann est pratiqué à nouveau : il est cette fois *positif*. Dans ce service, un traitement antisyphilitique énergique est instauré, en particulier par des injections intraveineuses de néovarsenobenzol, mais aucune modification des lésions ne se produit. De même, une palatoplastie y est tentée en novembre 1920, sous anesthésie générale, mais la suture ne tient pas, et la brèche palatine est un peu plus considérable qu'avant l'in-

tervention. Au cours de cette opération. la canine supérieure gauche, seule dent restante, est extraite.

C'est peu de temps après que nous voyons la malade. Sur sa demande, nous nous décidons à une nouvelle intervention. Auparavant, nous précisons ses antécédents et nous recherchons en particulier des stigmates de syphilis. La malade, dont le père et la mère sont vivants et bien portants, a perdu deux frères, l'un tué accidentellement, l'autre à la guerre. Elle a en outre une sœur bien portante. Dans son enfance, on ne note que la rougeole. Mariée en 1914, elle n'a eu ni enfant, ni fausse-couche. Elle est depuis longtemps atteinte de leucorrhée permanente, avec règles fréquentes, irrégulières et ménorrhagie qui l'anémient considérablement. En 1915, elle a eu en outre des phénomènes de *diplopie* pour lesquelles elle a consulté un oculiste qui a prescrit pendant trois mois un verre dépoli. Aucun antécédent spécifique : ni accident primaire, ni secondaire connu, pas de leucoplasie buccale. L'examen du système nerveux ne révèle rien de particulier : réflexes présents, pas d'Argyll, pas d'inégalité pupillaire, aucun trouble de l'équilibration, cornées normales.

Le 21 décembre 1920, sous anesthésie locale par infiltration à la novocaïne, nous pratiquons une palatoplastie par le procédé habituel. Avivement des bords de la perte de substance dans le sens antério-postérieur de façon à obtenir deux bords parallèles dans le sens sagittal. Incision médiane en avant et en arrière de la perte de substance prolongeant les bords obtenus précédemment. Double incision curviligne au ras du bord alvéolaire à droite et à gauche depuis la région canine jusqu'à la région molaire postérieure. Décollement des deux lambeaux de la voûte osseuse : on obtient anisi deux lambeaux souples qui viennent facilement s'affronter sur la ligne médiane. Suture à la soie.

Les suites opératoires sont excellentes et le succès complet : la suture tient en totalité et grâce aux précautions et aux soins post-opératoires, la cicatrisation est rapidement partout complète. En mars 1921, un nouveau dentier complet, sans valve naturellement, peut être mis en place. Il est actuellement (juin 1921) toujours fort bien toléré : la muqueuse présente un aspect absolument normal et il est impossible à l'examen objectif de soupçonner que la malade a été porteuse à un moment quelconque d'une perforation palatine. Elle est d'ailleurs et naturellement enchantée de sa guérison.

OBSERVATION III (Dr Constaing)

Mme G. F..., 61 ans, pensionnaire de l'hospice des Ménages à Issy.

Cette malade présente actuellement (juin 1921) une perforation très nette de la voûte palatine. La forme de cette perte de substance à la fois

osseuse et fibro-muqueuse est celle d'une virgule, à grosse extrémité postérieure renflée, la direction de son grand axe étant antéro-postérieure Cette perforation est située à gauche de la ligne médiane et à quelques millimètres de celle-ci : sa longueur est de 25 millimètres environ; sa largeur au point le plus accentué de 5 millimètres. Son extrémité antérieure est à 1 centimètre du rebord alvéolaire antérieur complètement édenté ; son extrémité postérieure moins effilée est tout près de la ligne médiane, la perforation se montre en rapport exactavec une valve decaoutchouc montée sur un dentier complet du haut dont notre malade a été porteuse pendant longtemps : c'est le bord gauche de la valve qui vient pénétrer dans la perforation. Son bord droit s'est également marqué dans la muqueuse, mais il n'existe là qu'une dépression de celle-ci sans perforation. Au pourtour et au niveau de la perte de substance, la muqueuse a un aspect normal comme coloration et comme consistance ; elle s'enfonce en entonnoir, au pourtour de la brèche osseuse.

Au point de vue maxillo dentaire, l'histoire de la malade peut ainsi être reconstituée. Au niveau du *maxillaire inférieur*, toutes les dents, sauf les grosses molaires et la canine gauche sont présentes. Elles sont d'ailleurs couvertes d'une couche énorme de tartre, la plupart d'entre elles sont mobiles et atteintes de pyorrhée. Gingivite tartrique. Au *maxillaire supérieur*, édentation complète, résorption très accentuée du bord alvéolaire, palais large et plat. Une seule dent est tombée spontanément : l'incisive centrale gauche; les autres, entraînant des complications infectieuses, des abcès, ont été extraites peu à peu. Avant que ces extractions n'aient complètement édenté la mâchoire supérieure, un premier dentier en vulcanite a été mis en place il y a dix-sept ans. La malade nous présente le premier dentier, premier coupable : il est muni d'une succion Godard ; la rondelle de caoutchouc a 20 millimètres environ de diamètre. Il y a huit ans, l'édentation étant complète cette fois, un deuxième appareil est substitué au premier. Le deuxième appareil, dentier complet en vulcanite, est comme le premier muni d'une valve de succion analogue à la première, mais un peu plus large. De plus, cette valve est extrêmement usée et comme fripée dans sa partie gauche correspondant à la perforation. La malade avoue qu'elle la changeait rarement et que même elle n'enlevait presque jamais son appareil, ne prenant ainsi aucun soin de propreté et d'hygiène buccale.

C'est, de cette façon, que le 17 février 1921, n'ayant pas enlevé son appareil depuis six mois au moins, elle constate en buvant par hasard sans son appareil que les liquides reviennent par la narine gauche et qu'en outre sa voix est nasonnée. Antérieurement à la perforation, il ne se produit donc ni suppuration, ni phénomènes douloureux, ni élimination d'esquilles ou de séquestres osseux perçue par la malade, et la découverte de la perforation est purement accidentelle.

Dans *les antécédents* de la malade, nous ne relevons rien de bien particulier et spécialement aucun signe de syphilis. Sa mère est morte diabétique à 63 ans, son père, alcoolique, est mort d'une pneumonie à 43 ans. Un frère est décédé à 52 ans, mort de cause inconnue. Quant à notre malade elle-même, en dehors d'une rougeole dans l'enfance, nous ne notons chez elle que l'existence d'une sciatique droite depuis dix ans environ et une pointe de rhumatisme articulaire localisé au genou gauche il y a dix ans également.

Quatre enfants, tous venus à terme, deux sont vivants, l'un est mort à 30 ans de tuberculose pulmonaire, un autre à 20 ans, alcoolique, de la même maladie. Pas de fausse couche.

Aucun antécédent syphilitique. Céphalée persistante à forme migraineuse avec vomissements, ayant disparu depuis un certain temps.

Actuellement (juin 1921), en dehors de la perforation nous avons déjà noté l'état de la malade. Aucune leucoplasie commissurale ou autre.

L'examen rhinoscopique (Dr Maurel), montre une légère déviation de la cloison à droite avec perte de cette cloison à gauche à sa partie inférieure. La muqueuse nasale est de coloration et d'aspect normal. La perforation est facilement visible au niveau de la partie profonde de la fosse nasale gauche ; on aperçoit la sonde exploratrice introduite par le palais. Elle n'est pas visible sur le plancher de la fosse nasale droite.

L'examen général, pratiqué surtout en vue de la recherche du diabète, de la spécificité ou de ses complications parasyphilitiques nerveuses : tabès ou P. G., ne nous montre absolument rien de particulier : aucun trouble de l'équilibre, pas de Romberg, aucune modification des réflexes rotuliens, présents et normaux, pas de Babinski. Pas d'inégalité pupillaire : réactions normales des pupilles. Aucun trouble du sens stéréogénétique ou de la démarche. Aucun trouble du psychisme ou de l'écriture.

Examen des urines. — Ni sucre, ni albumine.

Réaction de Wassermann (mars 1921) : négative, *le traitement* entrepris chez cette malade n'a donné jusqu'ici que des résultats négatifs. Présentée tout d'abord à la Société de Stomatologie (février 1921), elle est ensuite opérée par un laryngologiste qui sous anesthésie générale tente une palatoplastie : avivement des bords de la perforation, incision *unilatérale* gauche au ras de l'arcade, et après décollement de ce lambeau, suture. Mais cette dernière ne tient pas, et les dimensions de la brèche sont bien plus considérables après l'intervention.

Un traitement antisyphilitique par des injections mercurielles intrafessières et de l'iodure de potassium par voie buccale actuellement en cours ne donne, pas plus que l'intervention chirurgicale, aucune amélioration.

Ajoutons que le port du dentier à valve de caoutchouc a été naturelle-

ment supprimé depuis que la malade est venue consulter à la consultation de Stomatologie des Ménages en février 1921.

(Malade présentée à la Société de Stomalogie, en février 1921.)

OBSERVATION IV

(Dr Rouget, ancien chef de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie à la Faculté de Médecine de Paris.)

M. F..., 57 ans, se présente au Dr Rouget pour la première fois le 25 mars 1920, pour une perforation de la voûte palatine qui s'agrandit progressivement aux dires du malade.

Ce malade est depuis douze ans porteur d'un dentier en vulcanite du maxillaire supérieur avec succion à valve de caoutchouc (succion Godard). De temps en temps, il change cette valve, la dernière fois en avril 1919. Depuis ce moment, le port de l'appareil est douloureux; néanmoins, son dentiste qu'il a consulté, lui conseille de persévérer : il ne supprime pas le port de la valve. En juin 1919, une petite perforation de la voûte palatine se produit : elle est révélée au malade par le passage des liquides par le nez. L'évolution en effet a été presque complètement indolore : pas de tuméfaction, pas d'élimination d'esquilles, simple gêne.

Malgré la production de la perforation, M. F. continue à garder sa succion jusqu'en décembre 1919. A ce moment, son dentiste, jugeant (un peu tardivement) que l'appareil de prothèse pouvait tenir par des crochets, supprime la valve de succion et laisse espérer au malade que la perforation se comblera spontanément. Mal content de cette assurance, le malade va consulter dans un hôpital : on lui fait faire une réaction de Wassermann à l'Institut Pasteur (janvier 1920) ; elle *est négative*.

Pas de traitement antisyphilitique, pas de traitement local.

A l'examen, le 25 février 1920, le Dr Rouget constate l'existence d'une perforation en forme de demi-circonférence ; le stylet introduit dans la brèche passe dans une fosse nasale : la pression des bords de la perte de substance laissé sourdre un pus jaune et épais. Au point de vue dentaire, il persiste 3 molaires du côté gauche.

Dans les antécédents, rien de notable : 1 enfant vivant et bien portant.

Réflexes normaux. Pas de Romberg. Aucun signe oculaire, mais *leucoplasie commissurale* gauche très nette. On conseille un nouveau Wassermann qui est refusé par le malade.

(Cette observation sera publiée ultérieurement par le Dr Rouget.)

OBSERVATION V et VI

Dr Pierre-Marie : maux perforants chez deux tabétiques, dus au port d'un dentier (*Revue neurologique*, 11 mai 1905, p. 549 et suiv.)

Il y a quelques semaines, *un tabétique* de la ville me faisait remettre une mince lamelle osseuse de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Il avait, disait-il, rendu cette lamelle par la bouche et il me demandait ce que cela signifiait. J'examinai la bouche et j'y constatais la présence d'une ulcération à bords un peu calleux siégeant à *la partie médiane de la voûte palatine*. J'appris alors que depuis une quinzaine, le malade s'était fait poser, au niveau du maxillaire supérieur, un dentier fixé au palais *par le vide* qu'y produisaient des mouvements de *succion* : c'est justement au point où se trouvait *la chambre à air*, et où la muqueuse avait été traumatisée par les efforts de succion que s'était produite l'ulcération, et peu s'en fallut que la voûte palatine ne fut perforée ; seule, la lame inférieure de l'os semble heureusement, avoir été éliminée.

Je continuai l'examen de la bouche et constatai qu'au niveau de la partie la plus reculée du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur des deux côtés, il existait une petite escarre brunâtre, et cela aux points mêmes où le dentier prenait son point d'appui latéral.

Je prescrivis l'enlèvement immédiat du dentier et quelques soins antiseptiques de la bouche ; l'ulcération médiane alla en s'améliorant, mais l'eschare latérale du côté gauche détermina une ouverture du sinus maxillaire de ce côté, et la persistance d'une sorte de mal perforant buccal.

Dans ce cas l'étiologie est des plus claires ; aucun contre-coup ne peut-être invoqué chez ce tabétique que le traumatisme localisé produit pendant une quinzaine de jours sur la muqueuse buccale par le dentier.

II. — Chez un autre *tabétique* actuellement dans mon service de Bicêtre, et que j'ai fait venir pour vous le présenter, nous constatons également l'existence d'un mal perforant médio-palatin, de deux maux perforants latéraux de l'extrémité postérieure du rebord alvéolaire supérieur. Chez ce malade, qui a fait l'objet d'une publication antérieure de M. le *Dr Chompret* (*Archives générales de médecine*, 1er déc. 1903), nous retrouvons un mécanisme tout à fait identique dans la production des maux perforants buccaux. A ce propos je ferai remarquer que les renseignements fournis par le malade à M. Chompret n'ont pas été tout à fait précis sous le rapport des dates et même des faits ; il semble que le malade n'avait pas compris alors l'importance de certains détails de son histoire ; c'est donc après une rectification de la part du malade que nous relatons les faits suivants :

Chaff..., 48 ans, ouvrier confiseur. Il a commencé son métier vers l'âge de quinze ans et peu après ses dents sont devenues mauvaises ; le malade avait fréquemment des maux de dents ; celles-ci tombaient par morceaux. Dès l'âge de trente à trente-cinq ans sa bouche était en grande partie dégarnie de dents. Les premiers signes du tabes n'auraient commencé à se montrer que vers 1897 ; le malade avait alors quarante-et-un ans.

En 1900, à la suite de l'extirpation d'un chicot, il se serait produit, au niveau de la partie latérale et postérieure du maxillaire supérieur à gauche une perforation qui faisait communiquer la bouche avec le sinus maxillaire. C'est vers le mois de septembre 1901 qu'il avait été muni d'un *dentier adhérent au palais par le moyen de la succion* ; quelques mois après (4 à 6) se serait montrée l'*ulcération médiane du palais*. Après que la *perforation palatine* fut reconnue, le dentier à succion fut enlevé et remplacé par un appareil à ressorts. A la suite du port de cet appareil par le malade (à une époque qu'il ne peut déterminer) on vit se produire des *maux perforants latéraux* (exactement au niveau des points d'appui du nouvel appareil) ; le mal perforant du maxillaire *inférieur* gauche est apparu en juillet 1904, le malade ayant un peu avant cette date cassé son dentier avait dû faire usage d'un autre appareil dont les points d'appui n'étaient pas les mêmes ; c'est à ce fait qu'il faut attribuer l'apparition du mal perforant du maxillaire inférieur, car ce nouvel appareil prenait un point d'appui spécial sur le maxillaire inférieur gauche.

En résumé, des deux observations qui précèdent découlent, à mon avis, un important enseignement que je formulerai ainsi : On ne doit pas, chez les grands tabétiques, appliquer de dentier adhérent par succion. Les grands tabétiques ne doivent pas porter de dentiers à l'état permanent, dans un but purement esthétique ; c'est tout au plus si on peut en tolérer l'usage exclusivement au moment des repas. On prendra soin de vérifier fréquemment l'état de la muqueuse buccale au niveau des points d'appui des dentiers.

OBSERVATION VII et VIII

(Dr Guilly, Stomatologiste des hôpitaux)

Au cours de la discussion qui a suivi la présentation faite à la Société de Stomatologie du malade qui est l'objet de l'observation I par le Dr Maurel, M. Guilly rapporte sommairement les deux cas suivants :

« J'ai eu l'occasion d'observer récemment deux cas de perforation de la voûte palatine identiques à ceux de M. Maurel. Chez ces deux malades, tous

deux soldats du service actif, il ne s'agissait pas de lésions survenues chez des tabétiques, mais bien de gommes syphilitiques. Le traitement spécifique les a grandement améliorées. M. Maurel a raison d'insister sur le danger des ventouses en général et des succions Godart en particulier.

(Société de stomatologie de Paris, séance du 19 janvier 1920, Comptes Rendus *Revue de Stom.*, 1910, p. 167).

OBSERVATION IX

(Dr Champret, Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis.)

Dans la même séance, le Dr Champret, prenant part à la discussion, rapporte sommairement le cas suivant: « J'ai présenté à la Société un certain nombre de perforations buccales. Parmi mes malades, l'un d'eux avait une perforation reproduisant exactement sa succion. C'était un tabétique. »

OBSERVATION X ET XI

(P. Martinier.)

Dans son volume, *Clinique de Prothèse dentaire*, de la collection des « manuels du chirurgien dentiste », cet auteur rapporte avoir observé deux cas analogues à ceux que nous avons publiés : « Outre l'inconvénient de faire ballotter l'appareil de droite à gauche, dit-il, les valves de caoutchouc ne peuvent être tolérées dans la plupart des bouches à cause de l'inflammation de la muqueuse qu'elles déterminent rapidement. Des complications intéressant le *tissu osseux* peuvent même se produire et nous avons pu constater *deux cas* de ce genre. Il faut donc se garder de les employer. »

OBSERVATION XII

(Dr Rouget.)

Dans une lettre personnelle adressée au Dr Maurel, le Dr Rouget, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, indique avoir examiné un malade présentant un cas de perforation palatine en rapport avec une succion de dentier. L'observation, confiée au Dr Hardouin, de Vannes, doit être publiée dans le Compte rendu du Congrès de Société française de Laryngologie (mai 1921). Nous n'avons aucun renseignement sur ce cas, mais on pourra les trouver prochainement dans l'opuscule que nous indiquons.

OBSERVATION XIII ET XIV

(Dr Maurel.)

Après sa présentation du malade de l'observation I à la Société de Stomatologie, *loc, cit.*, M. Maurel rapporte sommairement un autre cas. « J'ai déjà eu l'occasion de constater dans un autre cas l'existence d'une perforation semblable également chez un syphilitique sous une succion genre Godard. Enfin en 1913, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne du Dr Brocq, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai eu l'occasion de voir débuter sous une valve semblable des lésions de *lupus tuberculeux*... dont l'extension à la voûte palatine et à la face s'est faite ultérieurement, malgré le traitement institué et la suppression immédiate de la valve de succion. »

Nous ajoutons que dans ce dernier cas (obs. XIV), d'après les renseignements oraux qui nous ont été donnés par le Dr Maurel, il existait au niveau du point d'appui de la valve de caoutchouc une perforation palatine communiquant avec le plancher des fosses nasales et des lésions tuberculeuses de l'endonez.

CONCLUSIONS

I. — Une perforation de la voûte palatine constitue toujours une véritable infirmité. Parmi les perforations acquises, celle de la syphilis tertiaire sont les plus connues ; viennent ensuite les perforations tuberculeuses, diabétiques, les maux perforants buccaux des tabétiques et des P. G. Enfin les perforations traumatiques dues à un agent vulnérant. A côté de ces diverses variétés de perforations, celles qui sont en rapport avec une succion de dentier à valve de caoutchouc méritent une place à part et demandent, encore peu connues, à voir leur étude entreprise.

Cette étude se fonde sur 14 observations, dont 6 détaillées :

II. — La succion, dite succion Godard, destinée à retenir en place un dentier du maxillaire supérieur, est constituée par une valve circulaire de 18 à 22 millimètres, formant chambre de vide et placée au contact du sommet de la voûte palatine : c'est l'agent causal de la perforation. Celle-ci survient, surtout chez les hommes, au bout d'un temps en général assez long, d'application de la valve et les sujets qui en sont porteurs sont soit des syphilitiques tertiaires, des tabétiques, des lupiques, des diabétiques, peut-être des individus sains et non tarés ?

III. — La perforation s'établit en général à l'insu du malade auquel elle se révèle par ses symptômes fonctionnels : rejet de liquides par le nez, voix nasonnée. Elle n'est généralement précédée ni de douleurs, ni de l'élimination de séquestres. Elle a la forme d'un *croissant*, correspond exactement au point d'application sur le palais d'un des bords de la valve de caoutchouc : elle est habituellement parallèle à la ligne médiane, à peu de distance de celle-ci, à grand axe antéro-postérieur. Dimensions : 20 milli-

mètres environ de longueur, 10 millimètres de large, rarement circulaire, à l'emporte-pièce. Bords nets taillés à pic. Muqueuse de voisinage sans changement de coloration, portant souvent la trace, sous forme d'un champignon entouré d'un sillon, de la valve circulaire. L'examen rhinoscopique montre la communication avec l'une, parfois les deux fosses nasales. La perforation persiste indéfiniment sans changement ; si la valve continue à être portée, elle a tendance à augmenter ; son *pronostic* est donc sérieux au point de vue fonctionnel.

IV. — Le diagnostic de l'existence de la perforation elle-même est extrêmement simple. La forme spéciale de la brèche osseuse, les commémoratifs, la contiguité de la perte de substance avec la valve permettent facilement de conclure à une perforation *en rapport* avec une valve de succion de dentier. Il y a lieu cependant de connaître, pour les cas exceptionnels, les éléments du diagnostic différentiel avec les autres variétés de perforation et de la syphilis tertiaire, de la tuberculose du tabes et du P. G. et des traumatismes en général, exceptionnellement de l'actinomycose (v. le texte).

V. — Au point de vue *pathogénique*, particulièrement intéressant, deux facteurs sont à envisager : *le traumatisme* mécanique constitué par le contact de la valve de succion déterminant à coup sûr des lésions de la muqueuse ; *le terrain* d'autre part : syphilis tertiaire, tabes, P. G., tuberculose, diabète, cause par lui-même soit de lésions spécifiques, soit surtout de dystrophie osseuse. Ces deux facteurs se combinent et s'ajoutent pour produire une lésion osseuse qui semble déterminante : *la résorption de la voûte palatine osseuse*, qui évoluant à la fois vers la bouche et le nez et s'accompagnant soit primitivement, soit secondairement de lésions de la muqueuse, aboutit à la perforation. L'étude de ce qui se passe dans la gomme syphilitique ou le mal perforant buccal tabétique envisagés isolément éclaire grandement le problème.

VI. — Le traitement prophylactique consiste à bannir d'une façon absolue l'usage de la succion Godart et lorsqu'il s'agit de terrains spéciaux de s'attacher à la construction d'appareils de prothèse particulièrement ajustés (empreinte en succion).

Le traitement purement médical, antisyphilitique est à lui seul

insuffisant : il ne doit être administré que comme préparation à une *intervention chirurgicale*, qui, sauf contre-indications, doit toujours être pratiquée. Entre les mains du Dr Maurel, opérant sous anesthésie locale, la palatoplastie à lambeaux latéraux égaux et symétriques a donné un succès complet : guérison complète de la perforation ; c'est là le traitement de choix : le traitement prothétique (obturateur à pont) ne doit garder à son actif que les échecs ou les rares contre-indications de la palatoplastie.

PLANCHE I

Fig 1. — Appareil de prothèse du maxillaire supérieur. (Dentier vulcanite) muni d'une valve de succion (Photo). (Appareil de la malade de l'observation III).

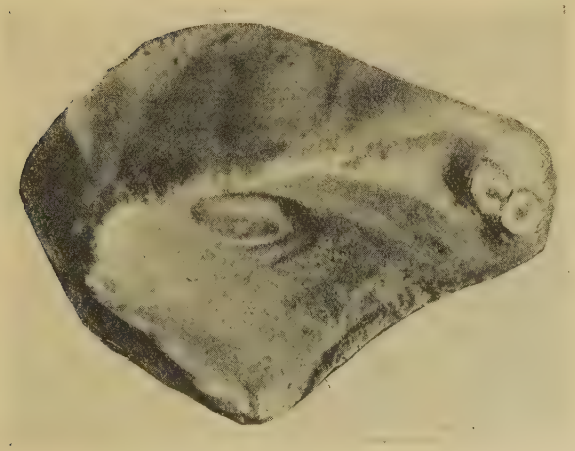

Fig. 2. — Moulage de la perforation palatine en rapport avec une valve de succion du dentier de la fig. 1 (Photo). (Malade de l'observation III).

PLANCHE II

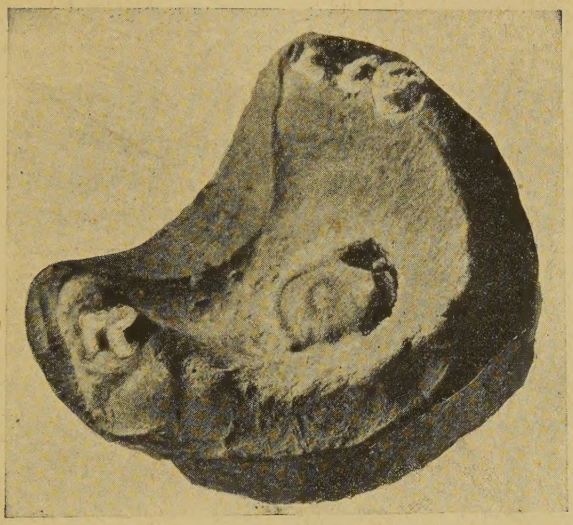

Fig. 3. — Moulage de la perforation palatine en rapport avec une valve de succion du dentier (Photo).
(Malade de l'observation I).

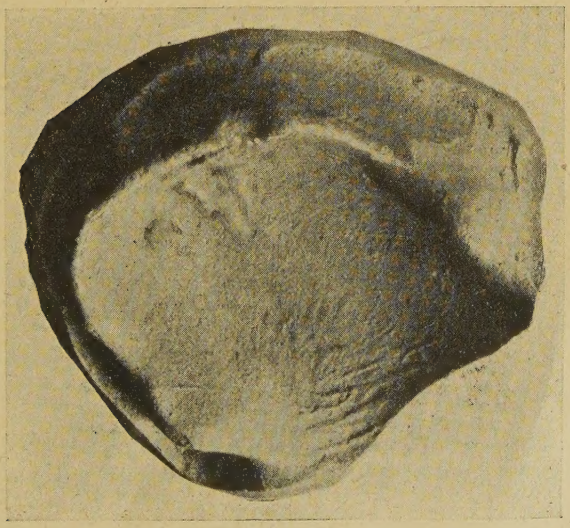

Fig. 4. — Moulage du palais, après intervention chirurgicale, d'une malade antérieurement porteuse d'une perforation palatine sous valve de dentier. Guérison complète.
(Malade de l'observation II).

BIBLIOGRAPHIE

Baudet. — Du mal perforant buccal. Thèse de Paris, 1898.

Chompret (P.).—Mal perforant buccal ou nécroses multiples du maxillaire chez un tabétique (Mémoire original avec 2 fig. Archives générales de Médecine, déc. 1903, page 3009 et suivantes).

Chompret (P.), Izard, (G.) et Leclercq (H.) — Mal perforant buccal et paralysie générale (Mémoire original. Revue de Stomatologie, août 1913, page 348 et septembre 1913, page 395 et suivante).

Izard (G). — Mal perforant buccal chez un tabétique à forme résorbante. Formes cliniques et traitement du mal perforant buccal (Revue de Stomatologie, vol. XVIII, 1911, page 567 à 584).

Chompret (P.). — Atlas manuel des maladies des dents et de la bouche, 1905. Article : troubles trophi-infectieux, page 160.

Coustaing. — Perforation de la voûte palatine sous une succion Godart. Présentation de malade (Société de Stomatologie, séance de février 1921).

Colobiau. — Etude clinique et statistique sur les troubles trophiques dans la paralysie générale. Archives de Neurologie, 1898, page 21 et 177).

Castex (A.). — Oto-Rhino-Laryngologie. Paris 1909. in nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et P. Delbet. Article syphilis tertiaire des fosses nasales, page 101 et suivante.

— Syphilis tertiaire nasale, in Fournier, Traité de la syphilis, 1901.

Demoye. — Arrachement de l'arcade alvéolo-dentaire chez un paralytique générale dans un effort de mastication (Revue de Psychologie, 1905, page 151).

Déjerine. — Séméiologie du système nerveux.

Dervaud. — De la syphilis tertiaire dans les fosses nasales. Thèse de Lyon, 1898.

Dieulafé (Ch.) — Maladies de la cavité buccale, page 188 et suiv. in Traité de Stomatologie de Gaillard et Nogué, t. VIII. Maladies chirurgicales de la bouche et des maxillaires.

Fournier (A.). — Traité de la syphilis, 1901. Période tertiaire. Influence du traumatisme, page 15 à 17.

— Traité de la syphilis héréditaire.

— Période préataxique du tabès (Chute des dents). Paris, 1885.

Henry. — Etude sur mal perforant buccal tabétique. Thèse de Paris, 1903.

Guérard. — Contribution à l'Etude des Ulcérations dentaires dans la paralysie générale. Thèse de Bordeaux, 1903-1904.

Grodu. — Perforation tuberculeuse du palais. Thèse de Paris, 1899-1900.

Marie (A.). — Paralysie générale et maux perforants palatins (Bulletins et Mémoires de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris, 1907, p. 631).

— Paralysie générale et mal perforant buccal (Revue de Psychol., 1909, p. 341).

— Atrophie du maxillaire supérieur et perforation palatine dans le cas de tabo-paralysie générale (Soc. de Médecine mentale, séance du 18 avril 1911, 10 cas).

Marie (A.) et Pietkiewiez (B. W). — Essais d'Etudes des troubles trophiques bucco-dentaires dans la paralysie générale (Revue de Stomatologie, février 1912, p. 64)

Marie (Pierre). — Maux perforants chez deux tabétiques, dus au port d'un dentier (Revue neurologique, 11 mai 1905, p. 549 et suiv.).

— La pratique neurologique, page 924 et 977.

Mauriac. — Cours à l'hôpital du Midi. Nouvelles leçons cliniques sur les maladies vénériennes. Paris, 1890.

Maurel (Gérard). — Perforation de la voûte palatine sous succion à valve de caoutchouc. Présentation de malade (Société de Stomatologie, séance du février 1920, Comptes rendus Revue de Stomatologie, 1920, p. 166).

Marandon de Montzel. — Mal perforant chez un paralytique général (Revue de Médecine, 1914, p. 515).

La Chapelle. — Gommes hérédo-syphilitiques de la voûte et du voile. Thèse de Paris, 1917.

Robin (P.) — Odontoptose tabétique (Revue de Stomatologie, janvier 1904, p. 21).

Zandy. — Mal perforant buccal (Gazette hebdomadaire de Médecine. Paris, p. 1204).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5151-21